

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

34

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 novembre 1909 à 1 heure

Le Sarcome primitif de la Vessie

PAR

Le Dr Franck MALÈGUE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Président : M. P. DELBET, professeur

Juges { *MM. SEGOND, professeur.*
DUVAL PIERRE, agrégé.
PROUST, agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

11, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1909



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 novembre 1909 à 1 heure

Le Sarcome primitif de la Vessie

PAR

Le Dr Franck MALÈGUE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Président : M. P. DELBET, professeur

Juges { MM. SEGOND, professeur.
DUVAL PIERRE, agrégé.
PROUST, agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

11, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ PIERREDEL BET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT DES
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARGEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucun approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de bien vive affection
et de profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET,
*Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Necker.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A la mémoire de M. LE PROFESSEUR TILLAUX
Charité 1903.

1904. M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

EXTERNAT

1905. M. LE DOCTEUR BAZY,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

M. LE DOCTEUR MICHAUX,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1906. M. LE DOCTEUR THIROLOIX.
*Professeur agrégé,
Médecin de la Pitié.*

1907. M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de la Maison municipale de Santé.

1908. M. LE DOCTEUR CHAPUT,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

INTERNAT DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

1908. M. LE DOCTEUR GENOUVILE.
Chirurgien urologiste de l'Hôpital Saint-Joseph,
Pour la bienveillance qu'il nous a témoignée
et l'enseignement qu'il nous a donné.

1909. M. LE DOCTEUR MONNIER,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

1909. M. LE DOCTEUR LE BEG,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

M. LE DOCTEUR LEURET,
Chirurgien assistant de l'Hôpital Saint-Joseph.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'Hôpital Saint-Joseph, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service des voies urinaires de M. le Dr Genouville un cas de sarcome primitif de la vessie, que nous avons communiqué à la Société anatomique, dans sa séance du 12 mars 1909.

Le nombre des sarcomes primitifs de la vessie publiés jusqu'ici nous avait paru, après une étude sommaire, assez restreint, et les observations disséminées dans la littérature médicale. Nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de les réunir dans un travail d'ensemble. Nous n'avons fait mention, dans les observations publiées à la fin de cette étude, que de celles où l'examen histologique paraît avoir été bien fait, et nous avons éliminé les cas où l'examen n'avait porté que sur des fragments de tumeur expulsés avec l'urine, la dégénérescence d'une frange papillomateuse pouvant, par exemple, ressembler étrangement à un sarcome embryonnaire.

Et c'est de ces observations que nous avons dégagé l'étu-

de suivante. Dans cette étude, après avoir fait un court résumé d'histologie de la muqueuse vésicale normale, nous disons un mot de l'étiologie du sarcome primitif de la vessie, et de son anatomie pathologique. Puis, dans les symptômes de cette tumeur, nous insisterons sur les quelques points spéciaux qui peuvent plus spécialement attirer l'attention. C'est ainsi que les premiers symptômes, surtout chez l'enfant, où l'hématurie fait souvent défaut remplacée alors par des troubles urinaires variés, peuvent faire errer le diagnostic et l'égarer quelquefois sur d'autres affections.

Nous ne ferons pas de chapitre spécial d'historique de la question; nous avons préféré en dire un mot, chemin faisant, à propos de chaque article.

LA MUQUEUSE DE LA VESSIE NORMALE

Le sarcome de la vessie naît aux dépens des divers éléments conjonctifs de la paroi vésicale. Il importe donc, pour en faciliter l'étude, de faire, au début de ce travail, un court exposé histologique de la structure de cette paroi.

Sur une coupe de la vessie, on voit que cet organe se compose essentiellement de trois tuniques concentriques, superposées dans l'ordre suivant : une tunique externe, ou séreuse, dépendance du péritoine qui ne la recouvre, du reste, que partiellement, une tunique moyenne ou couche musculaire, et une tunique interne ou muqueuse.

La tunique externe est unie à la couche musculaire par une couche mince, formée de tissu conjonctif riche en fibres élastiques. Leur union a été envisagée différemment par les anatomistes. Testut avec Pierre Delbet la considère comme très intime, sauf sur la partie la plus déclive de la face postérieure, au voisinage du rectum chez l'homme, de l'utérus chez la femme. Poirier, au contraire, apprend que la gaine péritonéale peut être facilement décollée de la vessie, sauf au niveau du sommet de la vessie, point d'implantation de l'ouraue.

Quoiqu'il en soit, en avançant de dehors en dedans, on

trouve ensuite la tunique musculieuse, avec ses trois couches, externe ou longitudinale, moyenne ou circulaire, interne ou plexiforme. Puis, vient la muqueuse. Entre la musculieuse et la muqueuse est interposée une couche sous-muqueuse, lâche, formée de tissu conjonctif, de telle sorte, dit Albarran, dans son *Traité sur les Tumeurs de la Vessie*, que « la couche musculaire de la vessie se trouve ainsi comprise entre deux couches conjonctives dont les faisceaux se continuent insensiblement avec le tissu conjonctif intermusculaire ».

La muqueuse tapisse la face interne de la vessie, présente comme elle trois orifices : en bas, l'orifice de l'urètre, en arrière et de chaque côté les deux orifices urétréaux taillés obliquement en bec de plume et limités par un petit repli de la muqueuse. La région comprise entre ces trois orifices est le trigone vésical de Lieutaud, limité en arrière par le bourrelet interurétéral légèrement convexe en bas, et formé par le muscle interurétéral. En arrière de ce bourrelet, se trouve le bas-fond vésical, légèrement déprimé chez l'adulte, plus accusé chez le vieillard, quand le trigone est soulevé par la saillie de la prostate.

La surface interne de la muqueuse, présente, à l'état de vacuité de la vessie, un certain nombre de plis plus ou moins élevés, à direction verticale, indépendants des saillies musculaires, qui s'effacent peu à peu à mesure que le réservoir se remplit. D'où la nécessité pour un examen cystoscopique, de distendre la vessie en y injectant de 120 à 140 gr. de liquide environ. Les plis de la muqueuse vésicale sont dus à la présence de la sous-muqueuse placée entre la musculieuse et la muqueuse, dont nous avons

déjà dit un mot. Cette sous-muqueuse est lâche sur tout le pourtour de la vessie, sauf au niveau du trigone où l'adhérence est beaucoup plus intime, le tissu de la sous-muqueuse étant plus dense. Elle est formée par un tissu conjonctif lâche, riche en fibres élastiques. Au niveau du trigone, il s'y ajoute quelques fibres musculaires lisses, dépendance, paraît-il, de la couche longitudinale de l'urètre, mais ne suffisant nullement à constituer une véritable *muscularis mucosæ*.

La muqueuse vésicale, au point de vue histologique, se compose d'un derme, ou chorion, couche profonde, et d'une couche épithéliale, superficielle. Le derme de la muqueuse est formé de faisceaux conjonctifs denses et serrés, disposés parallèlement à la surface de la muqueuse. Les anciens auteurs, français et étrangers, admettent bien la présence de quelques fibres élastiques mélangés à ce tissu conjonctif; Tourneux et Hermann parlent d'un réseau élastique assez abondant. Mais Albarran a montré que sur tous les points de la muqueuse vésicale, il existait « une riche trame élastique formée de fines fibrilles très nombreuses, dont les anastomoses circonscrivent des mailles fort étroites. » Ces fibrilles sont en continuité directe avec celles de la muqueuse au niveau desquelles le réseau élastique est beaucoup moins important.

Au niveau de la base de la vessie, le derme pousse, par sa surface interne de petites élevures papillaires, très minces, bien étudiées par Gerlach, Henle, Krause, et plus récemment Albarran.

L'épithélium vésical est un épithélium stratifié, mixte, intermédiaire au type cylindrique et pavimenteux et se

rapprochant plus ou moins de ces deux types, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'organe.

Au niveau du trigone, Tourneux et Hermann ont signalé l'existence de petites vacuoles sphériques. Près du col de la vessie, on trouve de petites dépressions épithéliales, s'enfonçant jusque dans le derme qui leur forme une paroi: ce sont des glandes: elles ne secrètent pas de mucus, mais sont le siège d'une simple desquamation épithéliale, qui représente, dans le cas particulier le produit sécrété.

La vessie est irriguée par des branches artérielles de l'hypogastrique, des hémorrhoidales moyennes, de la portion perméable de l'artère ombilicale.

Les veines aboutissent au plexus de Sauterini et au plexus périprostatique.

L'existence des lymphatiques vésicaux, longtemps méconnue après les travaux de Sappey, est aujourd'hui bien démontrée, grâce aux observations de M. et Mme Hoggan, de Lluria et Albarran et plus récemment de Pasteau. Il en existe un réseau sous-muqueux, un réseau musculaire, et un réseau sous-séreux qui sont tributaires de trois groupes ganglionnaires: un, antérieur, accolé à l'artère vésicale antérieure, deux latéraux, le long de l'artère ombilicale, et un postérieur, le long des vaisseaux iliaques externes.

Les nerfs émanent de deux sources: du plexus hypogastrique et des 3^e et 4^e nerfs sacrés, branches antérieures. La vessie est ainsi sous la dépendance du système cérébro-spinal, et du système sympathique.

Ainsi donc pour résumer ce qui, dans l'histologie, nous

intéresse particulièrement, tissu conjonctif sous-muqueux, tissu conjonctif intermusculaire, tissu conjonctif du derme de la muqueuse, tels sont les divers éléments aux dépens desquels peut naître le sarcome de la vessie.

ETIOLOGIE

L'étiologie du sarcome primitif de la vessie n'est pas mieux connue que celle des autres tumeurs en général. Nous n'avons trouvé mention de l'hérédité dans aucune des observations où les antécédents sont indiqués. La cause première et directe de la genèse de ces tumeurs nous échappe complètement, et nous en sommes réduits, sur ce point, aux hypothèses pathogéniques de Cohnheim, de Bard, à celles de la théorie irritative sur lesquelles nous ne voulons pas insister.

Fréquence. - Les sarcomes primitifs de la vessie sont des tumeurs rares. Divers auteurs ont cherché à préciser la fréquence du sarcome par rapport aux autres tumeurs de la vessie, et ont émis à ce sujet des opinions fort différentes.

SPERLING, de Berlin, en 1883 déclare que sur 120 tumeurs de la vessie par lui examinées, il a trouvé seulement 13 sarcomes.

M. le professeur GUYON, dans ses leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate, ne parle que d'un seul cas de sarcome, trouvaille d'autopsie, mais il dit que CLADO, en 1886, en a recueilli 20 cas.

STEIN, de New-York, ne relate, en 1885, que 5 cas de sarcome.

KUSTER, en 1886, donne la liste des sarcomes de la ves-

sie publiés jusqu'à lui, mais n'en accepte que 5 comme suffisamment démontrés et considère ces tumeurs comme très rares.

En 1888, d'ARCY A. POWER mentionne 9 cas de sarcome, conservés dans le Muséum des Hôpitaux de Londres.

La même année, SOUTHAM, sur 18 observations personnelles, donne 6 cas de sarcome, mais Albarran déclare « n'avoir pas trouvé dans ce long travail, des observations suffisamment détaillées pour justifier un chiffre aussi différent de celui donné par les autres auteurs ».

DITTRICH, dans la *Prager med. Woch.* de 1889, ajoute aux 5 cas de Kuster 9 autres observations provenant d'auteurs différents, et en publie 2 nouvelles.

En 1890 HINTERSTOISSER réunit 32 cas dont 1 personnel. D'après lui, Fenwick considère le sarcome comme une tumeur assez fréquente chez l'enfant et le vieillard.

THOMSON, dans la statistique donnée au congrès de Berlin en 1890 donne 3 cas sur 41 tumeurs opérées.

ALBARRAN en 1892, sur 49 tumeurs vésicales examinées par lui, ne trouve que 2 sarcomes et il conclut en disant que cette variété histologique lui paraît loin d'être commune. Pour en donner une description, dans son traité sur les tumeurs de la vessie, il réunit tous les cas publiés jusqu'alors, en éliminant les cas qui lui ont paru douteux, et ne peut réunir que 53 observations de vrais sarcomes.

Quand, CLADO, en 1894, fit paraître son travail sur les tumeurs vésicales, la statistique des sarcomes ne s'était pas accrue d'une seule observation. Tous les auteurs qui,

après Albarran, se sont occupés de la question sarcome de la vessie, en remarquant la rareté (Tuffier, Ziegler, Leguen, Motz).

WILDER, en 1905, fait une revue de la bibliographie parue jusqu'à cette année touchant les sarcomes primitifs de la vessie, et ajoute 3 cas personnels.

RAFIN, dans son rapport au Congrès d'Urologie de 1905 s'occupe de cette question au point de vue résultats opératoires et relate quelques cas nouveaux.

Âge.— Le sarcome de la vessie peut s'observer à tous les âges, mais on le trouve plus fréquemment chez l'enfant et le vieillard.

Sur les 98 observations que nous avons pu réunir et dans celles où l'âge exact est indiqué, nous avons trouvé les résultats suivants:

De 1 à 10 ans: 20 cas. C'est donc une proportion relativement considérable, $1/5$ environ du chiffre total. Du reste, les tumeurs conjonctives forment la presque totalité des tumeurs vésicales chez l'enfant. Albarran, dans sa statistique, n'a pas trouvé, un seul cas de tumeurs épithéliales, au-dessous de 20 ans, sur 198 observations. Ce qui a fait dire à Luigi Concetti que l'enfance était immunisée contre les tumeurs d'origine épithéliale.

La fréquence du sarcome décroît ensuite à mesure que l'âge augmente jusqu'à 40 ans.

C'est ainsi que nous avons trouvé:

De 10 à 20 ans: 2 cas.

De 20 à 30 ans: 10 cas (5 hommes et 5 femmes).

De 30 à 40 ans: 7 cas (3 hommes et 4 femmes).

Puis, à partir de 40 ans, la fréquence augmente avec un maximum très net de 50 à 60 ans.

De 40 à 50 ans: 9 cas (6 hommes et 3 femmes).

De 50 à 60 ans: 26 cas (20 hommes et 6 femmes).

De 60 à 70 ans: 10 cas (9 hommes et 1 femme).

et un cas à 78 ans chez un homme.

Il y a donc deux maxima: le premier de 1 à 10 ans, et le second de 50 à 60 ans. Les sarcomes sont ainsi des tumeurs de l'enfance et de la vieillesse.

Sexe.— Si on fait porter la statistique sur les âges adultes, on trouve que le sarcome de la vessie frappe plus souvent l'homme que la femme.

Sur 99 observations, nous avons trouvé 68 hommes et 31 femmes, c'est-à-dire une proportion de 2 hommes pour une femme. Le nombre des femmes atteintes de sarcome est d'ailleurs relativement considérable (31 sur 98 cas) si on considère que, dans la statistique d'Albarran sur les tumeurs épithéliales on ne trouve que 7 femmes sur 100 malades.

Si maintenant on fait une étude particulière de l'influence du sexe dans l'enfance, on arrive aux résultats suivants:

Sur 20 cas de sarcome chez l'enfant, il y avait 11 malades du sexe masculin et 9 du sexe féminin. Luigi Concetti, dans sa statistique, compte autant de garçons que de filles.

Cette égale proportion des sexes atteints à la période d'inactivité sexuelle confirmerait donc l'importance étiologique de l'activité génitale masculine.

En dehors de ces données statistiques exposées ci-dessus, nous ne trouvons aucun fait qui mérite de prendre place parmi les conditions étiologiques favorisant le développement du sarcome de la vessie, et nous ne pourrions mieux finir ce chapitre qu'en citant les phrases du professeur Guyon sur l'étiologie des tumeurs de la vessie :

« On ne trouve aucune circonstance qui mérite de prendre rang dans une étiologie vraiment scientifique. Nous restons dans l'ignorance complète, au sujet des véritables causes des tumeurs de la vessie. Mais nous pouvons affirmer que les maladies antérieures de cet organe, ou celles de l'urèthre, la blennorrhagie, les rétrécissements, les cystites, la pierre, les rétentions d'urine, l'hypertrophie de la prostate n'y prédisposent en aucune façon. Il en est de même des diathèses rhumatismale, goutteuse, arthritique, syphilitique, tuberculeuse, qui n'ont aucune influence appréciable. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CARACTÈRES MACROSCOPQUES

Siège.— Sur 71 observations où le siège de la tumeur est nettement indiqué, nous trouvons :

Le trigone seul envahi	4 fois
Le trigone et les parties voisines	19 fois
La paroi postérieure ou les parois latérales, sans le trigone	40 fois
La paroi antérieure seule	10 fois
La paroi antérieure en même temps que d'autres régions	4 fois

Ces constatations sur la localisation du sarcome sont à peu près les mêmes que pour les tumeurs épithéliales. La zone supérieure, le « couvercle de la boîte » disait le professeur Guyon, comparant la vessie à une boîte, est rarement atteinte. Les localisations les plus fréquentes se font sur la zone inférieure, extrémité inférieure des parois postérieure et latérale, bas-fond. Très souvent le sarcome

naît dans le voisinage des orifices urétéraux déterminant ainsi, d'une manière mécanique, la distension du bassin et correspondant, (observations 25 et 34). Et cette localisation a fait et fera hésiter encore bien des chirurgiens dans leurs tentatives d'intervention aussi complète que possible. La paroi antérieure est assez fréquemment envahie, 10 fois sur les 77 observations analysées. Elle est même beaucoup plus fréquemment atteinte que dans les tumeurs épithéliales, puisque Albarran ne l'a trouvée, en effet, qu'une fois atteinte seule sur les 88 observations de tumeurs épithéliales qu'il donne dans son *Traité sur les Tumeurs de la vessie*.

Conformation extérieure.— Les sarcomes se présentent sous des formes macroscopiques variées qui rappellent celles des tumeurs épithéliales à ce point que le diagnostic ne peut guère être établi à l'œil nu. Cependant, la nature sarcomateuse de la tumeur peut, dans quelques cas, être soupçonnée, grâce à certaines particularités. Et d'abord, les sarcomes présentent moins de villosités que les autres tumeurs; ils sont en général plus réguliers dans leurs formes. Cependant Withehead rapporte l'observation d'un lympho-sarcome en forme de touffes molles, floconneuses, d'apparence villeuse. De même, Langenbeck parle de l'aspect vilieux de la tumeur par lui observée. La forme de chou-fleur a été aussi mentionnée.

Les sarcomes sont plus rarement pédiculés que les autres tumeurs vésicales, sans que cependant on puisse faire de cette particularité un élément certain de diagnostic macroscopique. Sur 71 cas examinés, où la tumeur était

décrite d'une manière assez précise, nous avons trouvé 24 sarcomes pédiculés, 31 sessiles et 20 infiltrés.

Sur 51 cas de sarcome, Albarran trouva 15 tumeurs pédiculées, mais il ajoute que sur ces 15 tumeurs, « plus d'une paraît appartenir, plutôt qu'à de vrais sarcomes, aux variétés de tumeurs épithéliales dont le stroma serait infiltré de cellules lymphatiques par le fait de l'inflammation ». Le pédicule, quand il existe, peut être plus ou moins long. Dans l'observation de Klein où il était implanté au sommet, il mesurait 4 cm. de longueur. Mais c'est là un fait exceptionnel, et le pédicule est, en général, court et très largement implanté.

Les sarcomes présentent rarement des ulcérations à leur surface libre; ce fait n'est signalé que dans 3 ou 4 observations; mais, assez souvent, ils envahissent toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Les auteurs ont considéré cet envahissement comme assez rare. Clado ne le trouve mentionné que deux fois. Dittrich en rapporte également deux cas. Nous l'avons trouvé signalé dans les observations de Hue, Nicolich, Hinterstoisser, Senftleben, Chiari, Withehead, Bernstein, Woglin, Bunce, Georges Emerson Brewer. Luigi-Concetti. Southam a vu un cas de sarcome de la vessie, avec perforation de cet organe, suivie de péritonite. Notre observation personnelle relate un fait semblable.

Propagation.— Ces sarcomes infiltrés se propagent assez souvent par contiguité aux organes voisins. Chez la femme, c'est ordinairement du côté de l'urèthre que se fait la propagation; le sarcome suit le canal et vient fai-

re saillie au niveau du méat. Nous avons trouvé cette issue de la tumeur au méat dans sept observations, surtout chez des fillettes. (observations 3, 6, 7, 11, 68, 69, 94).

Au lieu de suivre le canal urétral, la tumeur peut envahir la paroi vésicale et nous avons vu plus haut cette propagation suivie de perforation vésicale et de péritonite. Dans d'autres cas, le sarcome peut gagner les organes voisins. Dittrich a signalé l'envahissement du vagin. Nicolich et Dittrich ont vu la prostate envahie secondairement. Dans l'observation de Chiari, la prostate et les vésicules séminales étaient le siège de noyaux sarcomateux secondaires. Arcy Power note la propagation au rectum, et dans l'observation de Hue Sperling, l'auteur relate que les parties voisines de la vessie avaient subi la dégénérescence sarcomateuse.

La propagation ganglionnaire elle-même et la généralisation par voie sanguine ont été signalées. (Guyon, Senftleben, Williams, Chiari, Dittrich). Marchand a vu la généralisation aux poumons, Monant Baker à la plèvre et au foie.

Un autre caractère de ces tumeurs est la facilité et la rapidité avec lesquelles elles se reproduisent après extirpation. Dans nombre d'observations, l'opération a été suivie de récurrence, et ce, dans l'espace souvent de quelques mois.

Volume et consistance:— Le volume du sarcome est extrêmement variable. Il atteint en général la grosseur d'une noisette, mais il peut varier dans des limites très étendues; tantôt égal à un haricot (observation 88), tan-

tôt intéressant une bonne moitié de la vessie (Jungano); on le voit encore, comme dans le cas de Schlegtendal, peser 148 grammes et remplir toute la vessie.

Il offre toujours une certaine consistance. Clado dit que d'une façon générale la tumeur sarcomateuse est assez ferme, contrairement à la tumeur épithéliale qui est mollassée et friable.

Nombre. — Sur 72 observations où il était fait mention de ce point spécial, nous avons trouvé que la tumeur était unique dans 57 cas. Dans les 15 autres, il existait des tumeurs multiples, deux, trois, de volume égal ou différent. A côté d'une tumeur de volume assez gros, on peut, quelquefois, voir la muqueuse vésicale tout entière parsemée de petites granulations sarcomateuses.

VARIETES HISTOLOGIQUES

Avant de parler des variétés des sarcomes, nous dirons quelques mots sur le point de départ de ces tumeurs et sur leurs rapports avec la muqueuse.

Kuster les fait naître du tissu muqueux (derme) et dans une observation de cet auteur, le début par le stroma de la muqueuse était assez nettement indiqué. Clado en trouve une raison dans le fait usivant: dans le stroma de la muqueuse, on trouve des cellules conjonctives rondes, jeu-

nes, embryonnaires, tandis que le tissu conjonctif sous-muqueux ne renferme que des cellules adultes, arrivées au terme de leur évolution. Une autre circonstance tendrait à prouver cette origine, c'est que la tumeur, dès le début de son développement, adhère à la muqueuse et fait corps avec elle, au lieu d'être simplement coiffée par elle.

Mais le tissu conjonctif sous-muqueux et intermusculaire peuvent également être le point de départ des sarcomes. Et alors, ces tumeurs repoussent la muqueuse, et vont faire saillie dans la cavité vésicale.

Comment cette muqueuse se comporte-t-elle vis-à-vis du néoplasme? Dans certains cas, elle ne présente pas d'altérations, suit les contours de la tumeur, en dessine les bosselures, mais adhère assez intimement à elle pour rendre impossible l'énucléation de la masse morbide. D'autres fois, elle présente un développement secondaire de papilles assez considérable, donnant ainsi un aspect vilieux à la surface du sarcome. Dans d'autres cas, enfin, la membrane muqueuse subit, dans son épithélium, des altérations remarquables. On trouve que l'épithélium est plus épais qu'à l'état normal, et on voit qu'il pousse de petits prolongements dans le stroma du néoplasme (Albarran). Il est intéressant, à ce point de vue, de citer l'observation 87 du professeur Alessandri: L'épithélium qui recouvrait la tumeur avait perdu les caractères de l'épithélium vésical pour acquérir ceux de l'épithélium de développement. De plus, cet épithélium, ainsi dégénéré, envahissait profondément la tumeur, et plusieurs introflexions, se réu-

nissant ensemble, délimitaient de petites parties de tissu néoplasique (Jungano).

Toutes les variétés de sarcomes ont été observées dans la vessie, soit les tumeurs simples, et c'est le cas le plus fréquent, soit, mais beaucoup plus rarement, les tumeurs mixtes.

Les 83 cas de sarcomes vésicaux dont la nature histologique était rapportée avec assez de précision, se décomposaient ainsi :

Sarcomes à cellules rondes, ou globo-cellulaires..	32
Sarcomes fuso-cellulaires	17
Fibro-sarcomes	7
Myxosarcomes	6
Sarcomes lymphoïdes	4
Sarcomes à cellules mixtes	3
Sarcomes alvéolaires	3
Sarcomes télangiectasiques	3
Myosarcomes	3
Sarcomes à cellules géantes	2
Chondro-sarcome	1

La variété la plus fréquente, le sarcome globo-cellulaire existe dans la proportion de 40 0/0. Puis vient le sarcome fuso-cellulaire, dans une proportion de 20 0/0.

Thomson, dans sa statistique, cite une tumeur « appartenant à la variété appelée en Angleterre chondrifying sarcoma ». Ce néoplasme était constitué en partie par du cartilage très bien formé, en partie par du tissu sarcoma-

eux à éléments fusiformes et arrondis. Il existait, en même temps plusieurs papillomes dans la vessie.

Beneke, (observation 85) a décrit une tumeur mixte, sarcomateuse en grande partie, mais renfermant aussi du tissu osseux, cartilagineux et musculaire. Mais ces deux derniers cas ne sont que des variétés tout à fait exceptionnelles.

ALTÉRATIONS SUBIES PAR LES SARCOMES

Une tumeur, se développant en un point quelconque de notre organisme est une partie vivante de l'ensemble de notre être, et, à ce titre, peut subir l'influence de diverses causes pathogènes. Albarran a divisé en deux groupes les maladies, aujourd'hui connues, des tumeurs de la vessie, et en particulier des sarcomes, lésions de nutrition et lésions microbiennes.

Lésions de nutrition. — C'est la dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse, assez fréquente dans les sarcomes, dit Albarran. Elle frappe parfois le centre de la masse néoplasique, mais peut se limiter à des portions flottantes du néoplasme qui se trouvent ainsi peu à peu séparées de la masse principale et rejetées par fragments pendant les mictions. Mais alors, ils sont souvent si altérés que le microscope lui-même est alors impuissant à en démontrer la nature sarcomateuse.

Lésions microbiennes. — Elles ne diffèrent pas des lésions microbiennes des autres néoplasmes. Quelle qu'en

soit l'origine, incontinence, ouvrant la voie à l'invasion microbienne, cathétérisme malpropre, ces tumeurs peuvent s'enflammer. Et *cette inflammation* peut aller de la simple infiltration leucocytaire, jusqu'à la grande suppuration en foyers, plus rare pourtant que dans les épithéliomas.

Elles peuvent s'ulcérer et nous en avons vu plus haut des exemples, allant jusqu'à la perforation du réservoir urinaire.

Elles peuvent enfin se calcifier. Il en était ainsi du fibro-sarcome rapporté par Audry. S'agissait-il là d'une incrustation due au dépôt des sels calcaires de l'urine sous l'influence, comme l'ont montré Albarran et Hallé, de divers microorganismes; ou bien était-ce de la surcharge calcaire décrite par Albarran et signalée par lui comme indépendante de toute incrustation.

Pour résumer cette étude anatomo-pathologique, nous dirons que les sarcomes de la vessie sont des tumeurs sessiles ou à large pédicule, ou assez souvent infiltrées, lobulées, uniques ou multiples; avec ou sans incrustation calcaire. Leurs localisations les plus fréquentes sont la paroi postérieure de la vessie, le bas-fond, dans le voisinage des orifices urétéraux, ce qui explique les complications mécaniques de ces néoplasmes. Les tumeurs sarcomateuses sont très malignes; elles croissent vite et envahissent rapidement les tissus voisins.

Les variétés les plus fréquentes sont le sarcome globocellulaire et le sarcome fuso-cellulaire.

SYMPTOMES

Notre intention n'est pas d'entrer dans une étude symptomatique très détaillée du sarcome primitif de la vessie. Ce serait, du reste, la même que celle des autres tumeurs de la vessie, bien connue à l'heure actuelle, et à laquelle nous ne pourrions apporter aucun fait nouveau. Nous voudrions seulement, chemin faisant, insister sur les signes qui dans le sarcome ont un caractère un peu spécial et sur les allures particulières que peut affecter cette tumeur suivant l'âge du malade atteint. Nous étudierons d'abord le sarcome de la vessie chez l'adulte.

Modes de début. — L'hématurie est, la plupart du temps, le symptôme le premier en date. Mais ici, bien plus souvent que dans tout autre tumeur vésicale, les myômes exceptés, le début peut se faire, sans hématurie, par des troubles urinaires variés, par la douleur, ou même chez la femme, par l'apparition de la tumeur à la vulve, à travers l'urèthre dilaté. Nous avons retrouvé le mode de début dans 52 observations. 35 fois l'hématurie a été le symptôme initial, alors que, 17 fois, des troubles urinaires variés avaient ouvert la scène.

Date de début. — Nous indiquons, dans le tableau suivant, la date du début des symptômes, en comptant depuis la première manifestation de la tumeur, jusqu'à l'époque où l'observation fut prise.

Sur 26 cas où la date est indiquée, l'affection avait débuté depuis :

moins d'un an	dans 8 cas. (enfants).
de 1 à 2 ans	dans 9 cas.
de 2 à 3 ans	dans 3 cas.
de 3 à 4 ans	dans 3 cas.
de 4 à 5 ans	dans 4 cas.
de 5 à 6 ans	dans 1 cas.
depuis 10 ans	dans 1 cas.

Ainsi donc, au bout d'un ou deux ans, les symptômes sont devenus assez inquiétants pour amener le malade à consulter. C'est assez dire que le sarcome de la vessie a une marche très rapide; nous aurons, du reste, l'occasion de revenir là-dessus dans un chapitre spécial. Une seule fois (Jungano) le premier symptôme, l'hématurie, avait eu lieu dix ans auparavant; mais, dans ce cas particulier, l'examen histologique a montré un tissu mixte angio-sarcomateux. Il est permis de déduire de ce fait que la tumeur qui fut probablement un angiome au début, évolua dans la suite comme un sarcome (c'est là, du reste, l'opinion de Jungano). Ce ne serait donc qu'un cas de transformation de tumeur primitivement bénigne en tumeur maligne, qui, en toute rigueur, n'aurait pas dû trouver place dans le cadre de cette étude.

Symptômes fonctionnels (Séméiologie)

Hématurie. — Nous n'insisterons pas sur l'hématurie des sarcomes, qui est celle de toutes les tumeurs vésicales, bien décrite dans les traités de pathologie de la vessie. Tout le monde connaît sa spontanéité d'apparition et de disparition; son abondance variable, quelquefois considéra-

ble, d'autres fois aussi très discrète, microscopique; son caractère capricieux sur lequel rien n'influe, que rien ne modifie, en bien ou en mal, ni le repos, ni les mouvements, son caractère nettement terminal; sa longue durée et sa répétition, à des intervalles plus ou moins éloignés. Tous ces caractères lui donnent une allure spéciale et presque pathognomonique.

Caractère des urines en dehors des hématuries. — Dans l'intervalle des crises hématuriques, les urines sont claires, limpides, ne renfermant ni mucus ni pus, à moins de cystite concomitante. Parfois, elles renferment des fragments de tumeur, sous forme de petites masses charnues, grisâtres, déchiquetées, dont l'examen au microscope peut jeter quelque lumière sur le diagnostic. Mais il faut être très réservé sur le diagnostic positif de sarcome, surtout de sarcome embryonnaire, car très souvent, une frange papillaire, infiltrée de leucocytes par le fait de l'inflammation, peut prêter à des erreurs regrettables, souvent commises, d'après Albarran, par les auteurs anglais.

Douleur. — Cystite. — Le sarcome peut évoluer sans causer la moindre douleur; cependant nous savons qu'il est des cas où la douleur est, avec les troubles urinaires, la première manifestation de la tumeur; et même, d'après Thomson, ce serait un des caractères de la malignité du néoplasme que cette précocité de la douleur. Dans l'analyse exacte du phénomène douleur, on doit distinguer la douleur due à la cystite ou à la rétention d'urine, des sensations douloureuses dues au néoplasme lui-même. Dans la majorité des cas, comme l'a bien montré le professeur

Guyon, ces sensations douloureuses n'existent que rarement et ne sont nullement le fait de la tumeur, du moins tant que son évolution reste aseptique; elles sont dues à la rétention d'urine déterminée par les caillots sanguins, ou bien à la présence de la cystite.

La *cystite* est d'une fréquence extrême dans l'histoire des sarcomes de la vessie. Dans certains cas (tumeurs infiltrées par exemple), c'est elle qui ouvre la scène, mais la plupart du temps, elle ne s'installe qu'à une période avancée. Et une fois installée, elle est d'une ténacité extrême, rebelle à tous les traitements, nécessitant parfois à elle seule la taille palliative; à cause des souffrances persistantes, tenaces, parfois atroces, qu'elle occasionne.

Troubles de la miction. — On peut observer la rétention ou l'incontinence d'urine, conséquences mécaniques de la présence de la tumeur, ou de l'obstruction de l'orifice urétral par les caillots. Comme l'a très justement fait remarquer Albarran, ils forment une manifestation symptomatique comparable à celle qui résulte de la rétention de la bile, dans les tumeurs des voies biliaires. Ces divers troubles se voient surtout chez les enfants où ils sont un mode de début fréquent du sarcome. Et ceci se conçoit assez bien: la tumeur grossissant rapidement dans une vessie de faible capacité amène bien vite la compression de tous les orifices vésicaux.

Signes Physiques

Les troubles fonctionnels énumérés ci-dessus révèlent à eux seuls l'existence d'un sarcome vésical, mais là se bor-

nent les renseignements qu'ils peuvent donner. Le siège de la tumeur, son volume, ses connexions leur échappent. Seuls, les signes physiques peuvent nous renseigner à cet égard. Nous nous contenterons d'une simple énumération : ce sont en effet les mêmes que pour les tumeurs vésicales en général.

Quelquefois, chez la femme, l'issue directe de la masse sarcomateuse à la vulve, à travers l'urèthre dilaté, vient affirmer aux yeux de l'observateur, l'existence de la tumeur, mais ne fournit aucun renseignement sur son point d'implantation, sa pédiculisation, etc. Il faudra avoir recours, pour compléter l'examen, au cathétérisme, au toucher rectal ou vaginal, combiné à la palpation abdominale, au toucher intravésical, et à la cystoscopie.

La conclusion de cette étude symptomatique est que, dans l'immense majorité des cas, le sarcome de la vessie n'a pas de signes caractéristiques, bien à lui, sa nature conjonctive ne peut être établie que par l'examen microscopique.

FORMES CLINIQUES

Suivant l'âge. — Il existe *chez l'enfant* une forme clinique sur laquelle nous voudrions insister.

Albarran écrivait en 1892: « On n'a jamais, jusqu'à présent, décrit aucune tumeur de la vessie chez l'enfant qui ne rentre dans la classe des sarcomes ou des myxomes. » Luigi Concetti constatait, en 1900, que l'enfance était immunisée contre les tumeurs épithéliales, et que dans l'immense majorité des cas on n'observait chez eux que des tumeurs conjonctives. On conçoit quel intérêt capital a cette notion pour le diagnostic histologique de la tumeur.

Le début du sarcome de la vessie peut ici se faire également par des hématuries, mais ce n'en est pas le mode habituel. Sur 14 cas de sarcome primitif de la vessie chez l'enfant, où le mode de début était assez nettement indiqué, nous avons trouvé 10 fois des troubles urinaires à l'origine, et 4 fois seulement des hématuries. Dans quelques-uns de ces cas, on ne constata même jamais d'hématurie.

Nous avons vu plus haut quels pouvaient être ces troubles urinaires, rétention, incontinence, ténesme, douleurs, et quelles raisons pouvaient être invoquées pour les expliquer.

L'hématurie ne se montre en général qu'après les troubles urinaires, et alors sa coexistence avec la cystite acquiert une grande valeur diagnostique. L'hématurie, en effet, est un symptôme très rare au cours des affections vésicales de l'enfance; peu fréquente au cours de la lithiasse, c'est surtout dans la tuberculose et les néoplasmes qu'elle apparaît.

La vessie de l'enfant est beaucoup plus accessible que celle de l'adulte à l'exploration directe; la situation de la vessie est, en effet, plus élevée par rapport au pubis, et cette situation qui rend accessibles au palper combiné les pierres vésicales, permet aussi le diagnostic des tumeurs par le même mode d'exploration. Le cathétérisme, le toucher rectal combiné au palper abdominal, la cystoscopie avec des instruments spécialement construits, pourront être employés avec succès.

Les sarcomes évoluent vite chez l'enfant. Ce n'est là d'ailleurs, dit Albarran, qu'un cas particulier de cette loi générale de la biologie des néoplasmes, d'après laquelle ceux-ci évoluent d'autant plus rapidement que les malades sont plus jeunes. Chez les fillettes, les lobes de la tumeur, après avoir rempli la vessie viennent faire issue à la vulve, à travers l'urèthre par eux dilaté. Le néoplasme peut même détruire la cloison vésico-vaginale. Et aors, « on voit une masse lobulée, dont les lobes sont larges, lisses,

rosés, parfois exulcérés, et peu sensibles au toucher direct. Le caractère dominant de ces masses néoplasiques, c'est l'énorme puissance proliférante et la facilité de repullulation du tissu pathologique. Souvent le médecin qui le premier voit l'enfant extirpe une partie de la tumeur, croyant avoir affaire à un simple polype de l'urèthre, et son étonnement est grand de voir la tumeur reparaître plus vivace encore, quelques semaines, parfois même quelques jours après l'extirpation. Au développement rapide de la tumeur doit être attribuée l'hydro-pyonephrose qui complique fréquemment les sarcomes des enfants; on comprend, en effet, qu'une masse néoplasique, aussi rapidement développée, détermine mécaniquement, par son volume, la compression des orifices urétéraux, condition de la rétention rénale. » (Albarran). Et l'infection secondaire, s'installant à la faveur de l'incontinence d'urine par inoclusion de l'orifice urétral, on voit ces graves complications infectieuses, cystite purulente, abcès des parois vésicales, phlegmon de la vessie, perforations vésicales, péritonites, pyélonéphrites, abcès miliaires de la substance rénale, qui viennent aggraver encore le pronostic, déjà si sombre par lui-même du sarcome de la vessie.

Suivant la symptomatologie — Nous avons en vue, dans ce paragraphe, des sarcomes primitifs de la vessie à *symptomatologie latente*. Ou bien leurs signes sont masqués par ceux d'autres affections préexistantes, ou bien leur constation est une trouvaille d'autopsie. C'est ainsi

que dans notre observation personnelle (n° 1) le malade avait été considéré comme un vieux rétréci. Seules, les deux hématuries auraient pu faire réserver le diagnostic. Elles ne dataient d'ailleurs que d'un mois avant l'examen et paraissaient légitimées en quelque sorte du fait de la cystite les accompagnant. Le toucher rectal n'avait donné aucun renseignement et cela se conçoit, les tumeurs étant haut situées, près de l'insertion de l'ouraque, sur le bord gauche et sur le bord droit de la vessie. Et lorsque le diagnostic put être assez nettement posé, les lésions étaient trop avancées pour qu'on puisse songer à une intervention.

Dans une seconde observation, celle de MM. Lecène et Chéné, publié dans les Bulletins de la Société Anatomique de Janvier 1909, il s'agit d'un vieillard de 82 ans, dont la première manifestation morbide est une rétention d'urine, précédée depuis peu de temps par de la difficulté des mictions, sans aucune hématurie. Les auteurs ne donnent pas les renseignements obtenus par le toucher rectal. La confusion était inévitable avec une hypertrophie prostatique, et rien dans ce cas ne pouvait faire penser à une tumeur vésicale.

Ce sont bien là des sarcomes latents, se cachant sous le masque d'autres affections des voies génito-urinaires, ou ne se manifestant que très tardivement, trop tard pour qu'une intervention puisse avoir lieu avec quelques chances de succès.

Dans quelques observations, on mentionne que la constatation du sarcome ne s'est faite qu'à l'autopsie. Williams trouve un sarcome dans la vessie d'un homme de 52 ans,

mort de pneumonie double et dont l'histoire clinique antérieure manque. Dans d'autres cas (Chiari, Guyon), il s'agit de trouvailles d'autopsie; dans ces observations, nous n'avons pu trouver aucun renseignement clinique. En présence de ces sarcomes vésicaux dont les manifestations morbides ont pu passer au second plan ou même tout à fait inaperçues, il ne semble pas téméraire de penser qu'il peut exister une forme absolument latente, qu'on peut rapprocher du cancer latent de l'estomac, ou ne se manifestant que par ses complications, et à une époque tout à fait tardive.

PRONOSTIC, EVOLUTION, COMPLICATIONS

Le pronostic de cette affection est très grave, son évolution étant très rapide. Sur les 19 observations dans lesquelles il était fait mention de la durée de l'affection, la date de début ne dépasse quatre ans que 2 fois. Nous ne comprenons pas, dans ces 2 cas, l'observation de Jungano où la tumeur s'était manifestée 10 ans auparavant; il s'agissait là d'une tumeur primitivement bénigne, un angiome, transformée ultérieurement en sarcome. La plupart du temps, la durée totale n'a pas excédé 3 ans.

Et cette évolution fatale est ordinairement le fait, non pas de la tumeur elle-même, mais des *complications* qu'elle peut entraîner. Ces complications peuvent être d'ordre mécanique ou infectieux.

D'ordre mécanique est la rétention d'urine avec ses diverses modalités, bien décrites par le professeur Guyon. rétention incomplète, rétention complète sans distension, rétention complète avec distension. D'ordre mécanique aussi est l'hydronéphrose, due à la compression des ure-

tères par la tumeur, et non à l'envahissement des uretères par le néoplasme.

Et dans le milieu vésical stagnant, du fait de la rétention, milieu formé d'urine, de sang, de débris de tumeurs, les microorganismes pathogènes peuvent arriver de plusieurs manières: ou bien grâce à l'incontinence, ou bien à la faveur d'un cathétérisme malpropre. Ils trouvent là un excellent milieu de culture; et alors se produisent ces lésions infectieuses redoutables, cystite, péricystite, pyélonéphrite, pyonéphrose ou uropyonéphrose, qui déterminent l'évolution fatale.

DIAGNOSTIC

Il importe, avant tout, au point de vue du traitement, de porter le diagnostic de tumeur maligne de la vessie, et ce, le plus tôt possible. Le diagnostic de la nature conjonctive de la tumeur, n'entraîne aucune indication spéciale de traitement, si ce n'est la promptitude dans l'intervention.

Le diagnostic de tumeur maligne une fois établi, son volume, son siège, ses connexions une fois reconnus, et nous ne pouvons pas dans le cadre de cette étude indiquer les diverses manières d'arriver à ce résultat, on songera à rechercher la nature histologique du néoplasme.

La cystoscopie ne peut pas permettre à coup sûr de faire le diagnostic de sarcome, et il n'y a là rien de surprenant, le sarcome ne présentant souvent pas de caractères macroscopiques qui permettent de le différencier des tumeurs épithéliales. Les sarcomes présentent, avons-nous dit, moins de villosités que les autres tumeurs vésicales.

Ils apparaissent comme des tumeurs sessiles ou très largement pédiculées, ou infiltrées. La muqueuse qui les recouvre garde, en général, à l'examen macroscopique ses caractères normaux: elle peut aussi être quelquefois ulcérée.

Mais ce ne sont là que des moyens de diagnostic bien hasardeux et on ne pourra guère porter le diagnostic de sarcome, dit Albarran, que lorsque la tumeur non villeuse, lobulée, offrira quelque analogie avec les polypes du nez.

L'étude attentive des symptômes ne peut rien nous apprendre de décisif. Un simple polype peut occasionner des hématuries mortelles, alors qu'un sarcome peut évoluer sans aucun saignement. Le début se fait moins souvent par hématurie, dans le sarcome; mais sur 52 cas nous avons encore trouvé le saignement indiqué 35 fois comme premier en date.

Le sarcome de la vessie a aussi une évolution plus rapide que celle des autres tumeurs vésicales, mais on ne saurait se baser sur l'évolution comme diagnostic, puisqu'ici la précocité de l'intervention est le seul espoir de guérison, bien souvent trompé d'ailleurs.

On ne pourra donc vraiment chez l'adulte porter le diagnostic de sarcome primitif de la vessie qu'après un examen histologique. Mais il faut encore se méfier; nous avons vu que même l'examen microscopique de fragments organisés pouvait amener à de fausses conclusions.

Chez l'enfant, le diagnostic est facilité par ce fait que les tumeurs vésicales sont presque toujours de nature con-

jonctive, et que les myxomes et les fibro-myxomes sont très rares.

Donc, en présence d'une hématurie accompagnée de troubles urinaires ou de cystite, chez l'enfant, on peut penser à un sarcome. Mais la tuberculose vésicale, elle aussi, a les mêmes symptômes et ce sont là presque les deux seules affections, sarcome et tuberculose, où, chez l'enfant, se montre l'hématurie.

Le diagnostic de tuberculose pourra, dans la grande majorité des cas, s'établir facilement par les antécédents héréditaires du petit malade, par le fait fréquent de la dissémination des lésions tuberculeuses dans l'appareil génito-urinaire : épидidyme, prostate, vésicules séminales. Dans les cas embarrassants, on pourra avoir recours à la bactériologie, recherche des bacilles de Koch dans l'urine, et inoculation au cobaye. La cystoscopie, enfin, pratiquée avec des instruments spéciaux, permettra de voir, dans les cas de tuberculose vésicale, les ulcérations de la muqueuse, avec leur aspect déchiqueté, parfois leur ceinture de petits papillomes, dans lesquels il faut voir la cause et non pas l'effet de la maladie. (Albarran).

Du reste, le mode d'exploration physique est ici beaucoup plus commode que chez l'adulte, du fait de la situation de la vessie, plus élevée au-dessus du pubis chez l'enfant que chez l'adulte.

Enfin, s'il s'agit d'une tumeur faisant saillie à la vulve, l'examen biopsique lèvera tous les doutes.

TRAITEMENT

Au point de vue traitement, nous avons peu à dire. Dès qu'on a fait le diagnostic de tumeur de la vessie, on doit s'empressez de l'enlever, et le plus largement possible.

L'énorme mortalité observée dans les statistiques anciennes peut s'expliquer par ce fait que l'antisepsie n'était pas à cette époque pratiquée avec une grande rigueur, et, en réalité, on compte pas mal de morts par infection.

Les statistiques plus récentes donnent les résultats suivants:

Au point de vue résultat opératoire, Rafin, sur 53 cas, relève 24 décès, soit 43,5 0/0.

Albarran eut l'occasion d'intervenir 3 fois pour sarcome de la vessie, sans aucun décès opératoire.

Les résultats éloignés sont les plus intéressants à connaître.

Albarran constata 2 fois l'absence de récurrence, 1 ans et 6 mois après l'opération.

Rafin, sur 21 cas, trouve 19 décès dans l'année et 2 guérisons se maintenant 1 an après.

Enfin, dans deux observations que nous n'avons trouvées que récemment, les résultats éloignés sont très encourageants.

Dans l'observation de Czerny, mentionnée du reste par Rafin, la guérison s'est maintenue 11 ans et 8 mois après l'opération. Dans celle de Carlier, la guérison s'est maintenue 7 ans après l'intervention.

Doit-on, avec Rafin, conclure de ces faits, que, quels que soient les résultats obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement opératoire des sarcomes de la vessie, il ne faut pas complètement désespérer de l'avenir, à la condition d'intervenir largement ?

OBSERVATIONS

1. — *Personnelle*, en collaboration avec le docteur Sicard.

Le nommé D... Albert, homme de peine, âgé de 60 ans, se présentait le 24 août 1907 à la consultation des maladies des voies urinaires de l'Hôpital Saint-Joseph. Il se plaignait de troubles urinaires variés, et de deux hématuries.

Très robuste et indemne de toute tare héréditaire, il signalait seulement une blennorrhagie remontant à une trentaine d'années, et qui avait laissé après elle un rétrécissement de l'urèthre. En 1903, il fit un gros abcès urineux et entra à l'hôpital. L'abcès, incisé, le malade fut dilaté, et reprit bientôt ses occupations, n'éprouvant plus ni troubles, ni douleurs.

Il se croyait guéri quand au printemps 1907, il remarque que ses anciennes difficultés de miction recommencent. Il craint une récédive de rétrécissement, mais ne se fait point soigner. En juillet, il présente une crise spontanée de rétention aiguë d'urine. Deux jours après, il a une hématurie qui dure une journée. Tout rentre dans l'ordre: quelques troubles dysuriques persistent seulement. Le 18 août, nouvelle hématurie, moins abondante que la première.

Le malade est examiné à la consultation le 24 août. Les mictions sont pénibles et plus fréquentes que normalement, mais pas douloureuses. Les urines sont louches, sans odeur.

L'exploration du canal permet de constater que l'urèthre est

rétréci et, particulièrement, dans sa portion bulbairé. Au toucher rectal, la prostate est de consistance normale et de grosseur moyenne pour un homme de 60 ans. Au palper, les reins ne sont ni perceptibles, ni douloureux.

Après cet examen, le malade est considéré comme un vieux rétréci, présentant en outre, une cystite légère. Les deux hématuries, seules, pouvaient faire réserver le diagnostic.

On commence la dilatation aux béniqués conduits. Le jour même on passe les numéros 26, 28, 30. La vessie est lavée au nitrate faible, après chaque séance. On dilate ainsi progressivement jusqu'au numéro 40.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrave. Les urines deviennent troubles et ammoniacales. Les douleurs deviennent atroces, si bien qu'on doit supprimer tout traitement, le malade ne supportant plus que les instillations d'huile goménolée.

L'état général s'altère bientôt. Le malade prend le facies des grands urinaires infectés, langue sèche, rouge et râpeuse, soif ardente, dyspharie buccale, peau sèche et brûlante. On lui met une sonde à demeure. Les urines sont glaireuses et purulentes, d'une odeur infecte.

Le 5 octobre, on y trouve un fragment organisé, dont on ne peut faire, au laboratoire, l'examen histologique, à cause du sphacèle assez avancé de ce fragment.

Le 13 octobre, au milieu de cet état grave, se déclarent des signes de péritonite.

Le pouls devient incomptable et filant sous le doigt, les vomissements paraissent, le ventre est ballonné. Le malade meurt en hypothermie. Le jour de sa mort le malade n'a presque pas uriné, malgré la sonde à demeure, et cela, en raison de l'obstruction continue par des lambeaux sphacelés ou les concrétions enroulées de glaires du cathéter.

Autopsie. — L'abdomen ouvert, on voit les anses intestinales distendues, avec quelques exsudats fibrineux. Le liquide épanché dans le péritoine est séro-purulent et possède une odeur franchement ammoniacale. La vessie accolée contre la paroi se présente sous la forme d'un corps charnu plein, qui remonte presque jusqu'à l'ombilic. Elle est enlevée avec le rein et les uretères.

Vessie. — Poids: 420 gr. avec la prostate; hauteur: 19 centi-

mètres; largeur: 10 ou 11 centimètres. Elle a la forme d'un cylindre aplati d'avant en arrière, à extrémités coniques. Au toucher, on est frappé par l'épaisseur et la fermeté de cet organe qui ne semble plus avoir de cavité.

Près de l'insertion de l'ouraqué, et sur le bord gauche, on remarque une sorte de champignon bourgeonnant qui fait hernie sous le péritoine et qui a dissocié les tuniques externes. Au centre de cette masse néoplasique, on voit une perforation fissuraire par où s'écoule de l'urine sale et infectée. Le péritoine a très peu réagi autour des tissus néoplasiques, la grande cavité n'a point été protégée par des adhérences contre la péritonite.

Ailleurs, sur le milieu du bord droit de la vessie, on constate aussi une petite masse arrondie, du volume d'une noisette et qui bombe sur la paroi. Elle est cependant recouverte par la couche musculaire externe.

La vessie ouverte on n'a pas de peine à s'apercevoir que la cavité est absolument virtuelle. Elle est remplie, en effet, de végétations molles, grisâtres et très friables dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un marron. Les végétations, largement implantées sur la paroi, sont séparées entre elles par des sillons profonds.

La tumeur est diffuse; toute la surface interne de l'organe est envahie. A peine si l'on trouve quelques centimètres carrés de muqueuse absolument indemne. Macroscopiquement, il semble que le tissu néoplasique se soit développé en surface et sous la couche musculaire, et qu'il ait bourgeonné dans la cavité de l'organe.

Les uretères et le bassinot sont dilatés et épaissis; ils sont analogues à ceux des vieux prostatiques infectés ayant fait de la pyélonéphrite ascendante.

Ils sont remplis par un liquide glaireux et purulent. Les urétères sont de la grosseur du petit doigt; leur abouchement vésical est caché dans le bourgeon néoplasique.

Les reins ont un volume à peu près normal; ils sont irréguliers et un peu bosselés. Ils se décortiquent facilement. Le parenchyme semble tassé à la périphérie de l'organe. Les deux couches sont grisâtres et confondues.

Reins et uretères répondent au type anatomique de la pyélonéphrite sans distension.

Examen histologique pratiqué par le docteur Lorrain, chef du
Laboratoire de l'Hôpital Saint-Joseph.

Les coupes intéressent l'une le rein, l'autre l'un des bourgeons néoplasiques de la vessie.

Les conclusions du docteur Lorrain sont:

- a) pour la coupe du rein: néphrite infectieuse suppurée;
- b) pour la coupe de la vessie: *sarcome fasciculé*.

2. — MARCHANT. — Centr. f. chir. 1878, in Albarran.

Il s'agit d'une femme de 57 ans dont l'affection débuta par des phénomènes de cystite. Elle ne présenta jamais d'hématurie et mourut avec des noyaux de généralisation dans les poumons. Cette femme présentait sur la paroi postérieure de la vessie et au niveau du trigone une tumeur sessile de la grosseur d'une pomme, qui fut diagnostiquée histologiquement *sarcome globo-cellulaire*.

3. — GUERSANT. — Gaz. hôp. 1868, n° 23, in Albarran.

La malade, une petite fille de 22 mois, présenta des phénomènes de cystite. Puis la tumeur apparut, à travers l'urèthre sous forme de polype, qui fut extirpé avec l'écraseur. Mort le huitième jour avec gangrène de la vulve; — *fibro-sarcome*.

4. — HEIM VOGTLEIN. — Klin. Corr. Blatt. fur. Schv. Aertz. 1879, in Albarran.

Il s'agit d'une femme de 56 ans dont l'affection avait débuté 4 ans avant par de la cystite avec dysurie et hématurie. La tumeur, à surface fongueuse, siégeant sur la paroi postérieure de la vessie fut grattée; — *fibro-sarcome*.

5. — SOKOLOW. — Centr. f. Chir. 1876, in Albarran.

Il s'agit d'une tumeur pédiculée à large pédicule, presque sessile, en forme de champignon, dure comme du cartilage; *sarcome fuso-cellulaire*.

6. — SENTLEBEN. — Langenbeck's Archiv. 1861, in Albarran.

Femme de 29 ans, présentant depuis 1 an de la difficulté d'uriner avec quelques hématuries, mais peu nombreuses. La tumeur sortit à plusieurs reprises; la malade en arrachait des morceaux. L'affection se termina par la mort par perforation vésicale et péritonite. La tumeur principale siégeait sur le côté droit du fundus, grosse comme une noisette, mais se continuait,

formée par des villosités sur toute la muqueuse vésicale. Infiltration des ganglions inguinaux; — *sarcome fuso-cellulaire*.

7. — THORNTON. — Med. Times and Gaz. 1879; vol. II, p. 614, in Alb.

La malade est une vieille femme qui présentait des urines putrides. Il lui sortait à travers l'urèthre une tumeur petite et molle qu'elle grattait avec l'ongle; — *sarcome globo-cellulaire*.

8. — HEAD. — Med. Times and Gaz. 1879; vol. II, p. 1862, in Alb.

Femme de 39 ans, dont la maladie avait débuté depuis 7 ans, et qui présentait des hématuries et de la douleur. Elle avait sur la paroi droite de la vessie 3 tumeurs isolées, largement implantées, très molles, contenant des masses hémorragiques; — *sarcome globo-cellulaire villex*.

9. — HUE SPERLING. — Primären Tumoren der Harnblase, 1883, p. 48, in Albarran.

Homme de 73 ans qui, après un cathétérisme, fit une hématurie. Il présentait une tumeur, grosse comme deux poings, infiltrant toute la face postérieure de la vessie. La maladie suivit une marche rapide avec dissémination multiple dans le voisinage; — *sarcome mixte*.

10. — WILLIAMS. — Lancet 1882, vol. II p. 310, in Albarran.

La malade, une femme de 50 ans, avait, depuis deux ans, des phénomènes d'incontinence d'urine et de gravelle, avec douleur et hématurie. Le toucher vaginal permettait de sentir une tumeur vésicale, au travers de la paroi vaginale. On lui fit une taille hypogastrique, et on trouva une tumeur, en forme de chou-fleur, siégeant sur la paroi postérieure de la vessie. La malade mourut de péritonite; — *sarcome globo-cellulaire*.

11. — BUTTLIN. — Lancet 1882, vol. I, p. 310, in Albarran.

Petite fille de 4 ans, qui présentait une tumeur dans la vulve, avec des fongosités sortant de l'urèthre, dont on lui fit à plusieurs reprises l'extirpation par l'urèthre. Il y eut des récidives rapides, et à la fin, la vessie et le vagin formaient une cavité remplie de végétations dendritiques. La tumeur siégeait sur le segment inférieur et la paroi postérieure de la vessie; — *sarcome*.

12. — LANGENBECK. — Arch. f. Klin. Chir. 1861, vol. I, p. 128, in Albarran.

Femme de 29 ans, qui avait des hématuries peu abondantes avec, dans les urines, quelques particules de tumeur. Région hypogastrique sensible à la palpation, et engorgement d'un ganglion inguinal droit. On lui fit, par l'urèthre, un morcellement de la tumeur, et la malade mourut 4 jours après l'opération, d'une péritonite purulente. A l'autopsie, on constate sur la moitié droite du bas-fond, au-dessous de l'uretère, une tumeur vilieuse, grosse comme une noix, se propageant jusqu'à la couche musculaire, molle, élastique, lobée et à large pédicule; — *sarcome à cellules fusiformes*.

13. — VOEGLIN. — Corresp. Schweizer Aertze, 1879, p. 391, in Alb.

Femme de 56 ans, qui, depuis 3 ans, urinait du sang et des fragments de muqueuse. On lui fit, par l'urèthre, un curettage. Le côté gauche de la paroi postérieure de la vessie était très augmenté d'épaisseur (1 cm. p. endroits), spongieuse à la surface et dure dans la profondeur. 15 jours après l'opération, les fragments de muqueuse reparaissaient dans l'urine. La malade mourut 1 an plus tard; les douleurs et les hématuries continuaient toujours. Pas d'autopsie; — *fibro-sarcome vasculaire très mou*.

14. — WILLIAMS. — British med. Journ. 2^e vol. 1882, p. 780 in Alb.

5 cas (4 hommes et 1 femme âgés), dont 1 cas d'autopsie chez un homme mort de pneumonie double.

Les tumeurs siégeaient:

près de l'embouchure de l'uretère gauche,

côté externe de l'uretère droit,

milieu de la paroi postérieure,

paroi postérieure et embouchure de l'uretère gauche,

toute la paroi vésicale, sauf région prostatique.

Un malade fut opéré (taille médiane) et mourut le lendemain, de shok opératoire; — *sarcome à cellules rondes granuleuses*.

15. — WITTEHADE. — Lancet, London 1883, in Albarran.

Femme de 58 ans, chez laquelle on enleva par l'urèthre des

tumeurs en forme de touffes molles, floconneuses, d'apparence vilieuse. La malade guérit, mais récidiva au bout de 6 mois. On lui fit une deuxième opération, et 6 mois après cette dernière, il n'y avait pas de récidive; — *sarcome lymphoïde*.

16. — SONNENBURG. — Berliner Klin. Woch. 1884, p. 834, et Deutsch. med. Woch. 1885, p. 383, in Albarran.

Femme de 60 ans, qui eut pendant 6 mois des hématuries très abondantes, avec douleurs lombaires. Par une taille supubienne, on trouva une tumeur circonscrite, de la grosseur d'une pièce de 5 francs, siégeant sur la paroi antérieure de la vessie. On enleva toute la paroi antérieure et postérieure de la vessie, ne laissant que le trigone et le bas-fond. La malade mourut la cinquième semaine après l'opération. A l'autopsie, on trouva une nouvelle cavité vésicale, formée aux dépens du péritoine; — *fibro-sarcome*.

17. — LANGTON. — Lancet 1885, vol. II, p. 1185, in Albarran.

Homme de 25 ans, qui urinait du sang depuis 5 ans. Taille périnéale: on trouva autour de l'orifice de l'urèthre une tumeur sessile, de la grosseur d'une noix, très molle. Le malade guérit et fut revu 1 mois après l'opération; — *sarcome alvéolaire à cellules rondes*.

18. — CHAFFEY. — Trans. path. soc. vol. XXXVI, p. 287, in Albarran.

Garçon de 3 ans et demi, présentant des phénomènes de cystite depuis 8 mois. Taille périnéale: on trouve plusieurs nodosités sur la paroi antérieure de la vessie. Mort de péritonite; — *lympho-sarcome*.

19. — CAN. — Med. Record. 1885, in Albarran.

Femme qui présentait des hématuries. Après dilatation de l'urèthre, on lui fit l'ablation de la tumeur à l'écraseur, et un grattage. Il s'agissait d'une tumeur sessile, en forme de chou-fleur. La malade guérit, eut un accouchement, mais récidiva 3 mois après; on lui fit la même opération; — *sarcome alvéolaire*.

20. — EBENAU. — Deutsch. med. Woch. 1885, p. 465.

Premier cas. — Homme de 52 ans, qui présentait des phénomènes d'incontinence d'urine, avec fréquentes hématuries et caillots sanguins dans l'urine. Région vésicale très sensible. Par

la taille hypogastrique, la tumeur, grosse comme un œuf d'oie, siégeant sur la paroi postérieure, fut enlevée à l'aide de ciseaux. Le malade mourut 4 mois et demi après, avec élévation de température, diarrhée, anurie, coma. A l'autopsie, la paroi vésicale était très épaissie, recouverte de fausses membranes diphthériques. Compression des deux uretères, dilatation de l'uretère gauche avec hydronéphrose. Pyélonéphrite et pyonéphrite gauche; — *sarcome alvéolaire très vasculaire*.

21. — Id.

Deuxième cas. — Homme de 55 ans, qui urinait du sang depuis 3 ans. Perté de force; insomnie; léger œdème des membres inférieurs. Par la taille hypogastrique, ablation à l'aide d'une curette, d'une tumeur molle, friable, saignant facilement et siégeant sur le côté gauche du bas-fond vésical. Le malade mourut 15 jours après l'opération, de péritonite consécutive à une perforation de la petite courbure de l'estomac, produite par une tumeur. Derrière la symphyse, abcès communiquant avec la vessie; abcès du rein gauche; — *sarcome télangiectasique à petites cellules fusiformes*.

22. — EVE. — Lancet 1885, p. 428, in Albarran.

Premier cas. — Homme de 68 ans, souffrant depuis 2 ans et demi, de douleurs lombaires et de légères hématuries. Sur la paroi antérieure et supérieure de la vessie, il existait une tumeur à surface libre, non papillomateuse; — *lympho-sarcome*.

23. — Id.

Deuxième cas. — Femme âgée sur laquelle on n'eut aucun renseignement clinique. Sur la paroi latérale gauche de la vessie, il y avait une tumeur saillant au-dessus de la paroi, avec une légère érosion superficielle; — *myo-sarcome*.

24. — SCHLEGTENDAL. — Centralbl. für Gynæk. 1885, p. 385, in Alb.

Femme de 42 ans, qui avait des urines troubles et une incontinence complète. On lui fit une colpocystostomie et on lui enleva une tumeur pédiculée, pesant 148 gr., siégeant à la partie inférieure de la vessie, entre les deux uretères. La malade guérit; — *sarcome fuso-cellulaire*.

25. — CHIARI. — Prag. med. Woch. 1886, n° 50, in Albarran.

Garçon de 3 ans, à l'autopsie duquel on trouva, dans le tiers inférieur de la vessie, partie droite du trigone, deux tumeurs grosses comme un œuf de poule, sans pédicule, infiltrées dans la sous-muqueuse. Elles se prolongeaient un peu dans l'urètre. La prostate et les vésicules séminales étaient un peu envahies, de même que les ganglions au bout inférieur de l'urètre gauche. Double hydronéphrose; — *sarcome fuso-cellulaire*.

26. — FENWIK. — Trans. path. soc. of London, 1886, XXXVII. p. 313, in Albarran.

Garçon de 9 ans, souffrant d'hématuries. On lui fit deux tailles périnéales, et on trouva la vessie recouverte de polypes de forme et de grosseur variables. Récidive 6 mois après. Incontinence d'urine à la suite de l'opération; — *fibro-sarcome*.

27. — WEIR. — Med. Rev. décembre 1886, in Albarran.

Homme de 55 ans, qui avait de la douleur rectale, des mictions fréquentes et douloureuses, et des hématuries fréquentes. On lui fit une cystostomie sus-pubienne. On trouva sur la paroi postérieure de la vessie, au-dessus de l'urètre gauche, une tumeur sessile, implantée sur une large base. Le résultat opératoire fut la guérison. Mais le malade récidiva 6 mois après; — *sarcome*.

28. — LANGE. — New-York med. Journ. décembre 1876, in Alb.

Homme de 53 ans, dont la maladie avait débuté, il y a 1 an. Les hématuries n'avaient apparu qu'à la fin. Par la cystostomie sus-pubienne, on trouva derrière l'urètre droit, une tumeur plate, à couches superficielles facilement déchirables, à large base, large d'environ 2 pouces. Le malade guérit complètement au bout de 3 semaines; — *sarcome à cellules rondes*.

29. — MONANT-BAKER. — Lancet 1886, p. 737, in Albarran.

Homme de 55 ans, chez lequel, par une taille périnéale médiane, on trouva, sur le bas-fond et la paroi antérieure de la vessie, deux tumeurs, en forme de chou-fleur, du volume d'une orange et d'une noix, superposées. Le malade mourut avec des généralisations au foie et à la plèvre; — *sarcome*.

30. — S. G. SCHATTOK. — Trans. of the Path. of London 1887, XXXVIII, p. 183, in Albarran.

Homme de 55 ans, chez lequel on pratiqua une cystostomie

sus-pubienne. On trouva une tumeur sphéroïdale, ayant l'aspect d'un papillome ordinaire de la vessie. La muqueuse était fortement adhérente :

Choudro-sarcome, à partie centrale cartilagineuse. — Le malade mourut 9 mois après l'opération. A l'autopsie, on trouva une grosse tumeur de la vessie, traversée au milieu par l'uretère droit, deux fois plus dilaté que normalement. L'uretère gauche était également dilaté, mais libre dans son bout inférieur. Il s'agissait d'un *sarcome à cellules rondes, sans cartilage*.

31. — ARCY POWER. — Lancet 1888, vol. I, p. 575, in Albarran.

Homme de 64 ans, qui eut des hématuries pendant 18 mois. On lui fit une taille médiane, et on lui enleva partiellement une tumeur dont la partie saillante était tubéreuse, recouverte de masses en forme de chou-fleur, et qui siégeait sur la paroi antéro-latérale de la vessie et sur le bas-fond. La tumeur grandissant toujours, la miction devenait impossible, et on lui fit une ponction de la vessie. Le rectum fut envahi par l'extension de la tumeur et il se forma plusieurs trajets fistuleux entre la vessie et le rectum ; — *sarcome à petites cellules mixtes*.

32. — JACKSON. — Lancet 1888, vol. I, p. 976, in Albarran.

Homme de 76 ans, qui eut pendant 2 ans des mictions douloureuses avec violentes hématuries. L'âge avancé du malade ne permit point d'intervenir chirurgicalement. La maladie se termina par la mort. Le malade présentait à la base de la vessie, couvrant le trigone, une tumeur unique avec large pédicule un peu rétréci aux points d'attache ; — *sarcome à structure variée* par places rondo-cellulaire, ailleurs alvéolaire, et ailleurs ressemblant à un myôme.

33. — LOSTALOT. — Revue des Maladies de l'Enf. 1888, vol. VI, p. 46.

Garçon de 4 ans et demi, qui présentait des phénomènes de cystite, envies fréquentes d'uriner, douleurs, mais pas d'hématurie, et qui mourut d'infection urinaire. On trouva dans la vessie, près du col, plusieurs polypes pédiculés, à surface lisse ; — *sarcome à petites cellules arrondies*.

34. — WITHEHEAD. — Lancet, 2^e vol. 1888, in Albarran.

Homme de 46 ans, chez lequel, par la taille hypogastrique, on trouva sur la paroi postérieure et latérale droite de la vessie,

une tumeur de volume considérable qui avait envahi l'épaisseur de la paroi et qui récidiva 8 mois après; — *sarcome à cellules rondes*.

35. — GOLDING BIRD. — British. Med. Journ. 1889, vol. I, p. 17, in Albarran.

Femme de 55 ans, qui présentait du ténesme vésical avec hématuries. Par la taille hypogastrique, sur la paroi postérieure ou plutôt sur le côté gauche de la vessie, on trouva une tumeur courtement pédiculisée, grosse comme un petit œuf de poule. La malade mourut après une survie de 5 jours. A l'autopsie, on trouva le tissu prévésical infiltré de pus; — *sarcome à cellules rondes*.

36. — PAUL DITTRICH. — Prag. Med. Woch. 1889, n° 48, in Albarran.

Homme de 21 ans, qui ne présenta que des symptômes vagues. Pas d'opération. On trouva sur le trigone et le bas-fond de la vessie, une tumeur, de la grosseur d'une noisette, et qui faisait saillie. Les vésicules séminales étaient envahies; — *sarcome à cellules fusiformes*.

37. — Id., in Albarran.

Femme de 25 ans, qui présentait une hydronéphrose du rein droit. Pas d'opération. A l'autopsie, on trouva une tumeur près de l'embouchure des uretères, envahissant toutes les couches de la vessie de même que le col utérin et le vagin. Le gros intestin présentait aussi quelques masses néoplasiques disséminées; — *sarcome à cellules rondes*.

38. — MAC BURNEY. — Soc. Chir. New-York, 1889, in Albarran.

Homme de 30 ans, chez lequel on pratiqua la taille hypogastrique pour une tumeur de la vessie. Mort un jour après; — *sarcome*.

39. — SIEWERT. — Billroth Lücke's Deutsch Chir. 71 liv, in Albarran.

Fille de 3 ans, qui présentait une tumeur saillante à travers l'urèthre. On lui fit à travers l'urèthre plusieurs extractions partielles. La tumeur récidiva chaque fois. La tumeur siégeait sur la paroi antérieure de la vessie. Cette malade avait de la cys-

tite, de la péritonite purulente, une pyélonéphrite droite et une hydronéphrose gauche; — *sarcome à cellules rondes*.

40. — BERNSTEIN. — Primäre sarcome der Harnblase. Th. Königsberg 1890, in Albarran.

Homme dont la maladie avait débuté, il y a 2 ans, par des hématuries intenses. On lui fit une taille hypogastrique, et on trouva sur la paroi antérieure de la vessie, et un peu à droite, une tumeur saillante, bosselée, dure, ulcérée, recouverte par la muqueuse jusqu'à 1 cm. de la base, et qui avait envahi la musculaire. Toute l'étendue de la muqueuse vésicale était parsemée de petites saillies sarcomateuses. Le malade mourut 7 jours après, de péritonite.

On avait autrefois, chez ce malade, pratiqué l'extirpation de la verge pour un épithéliome et une taille périnéale pour des calculs qu'on ne trouva point; — *sarcome à cellules rondes et fusiformes*, ayant débuté dans la musculuse; stroma conjonctif peu développé.

41. — HINTERSTOISSER. — Wien. Klin. Woch. 1890, p. 304, in Albarran.

Homme de 21 ans, qui présentait des hématuries, de la rétention et des urines purulentes. Par une taille médiane, on trouva, sur la paroi antérieure de la vessie, une tumeur molle, fortement infiltrée, à large base, couverte d'excroissances en forme de polype. Le malade mourut 23 jours après. Un mois après le début de la maladie, le malade présentait des signes d'occlusion intestinale. Une ponction exploratrice à travers le rectum ramena du sang et on avait diagnostiqué hématome du bassin; — *sarcome à cellules fusiformes*.

42. — NICOLICH. — Ann. malad. org. génit. urin. 1890, p. 240, in Alb.

Homme entré à l'hôpital en pleine pyohémie et mort quelques jours après. La vessie pesait 500 gr.; la paroi antérieure mesurait 4 cm. d'épaisseur, infiltrée par un néoplasme dans toute son épaisseur; — *myo-sarcome*.

43. — GUYON. — Leçons, p. 305, in Albarran.

Cas d'autopsie chez un malade de 70 ans. On trouva, dans la vessie, à la partie moyenne du trigone, une tumeur à pédicule court, du volume d'une noix, bien indépendante de la prostate; — *sarcome*.

44. — KÖNIG. — Manuel, vol. II, p. 687, in Albarran.

Homme chez lequel, par une taille périnéale, on trouva, au niveau du trigone, une tumeur grosse comme un œuf de poule; — *sarcome à cellules rondes*.

45. — HINTERSTOISSER. — Wien. Klin. Woch. 1891, n° 21.

Homme de 52 ans, qui présentait des symptômes de calcul vésical, chez lequel on fit une taille hypogastrique. On trouva sur le côté droit de la paroi postérieure de la vessie, recouvrant presque complètement l'orifice de l'uretère droit, une tumeur de la grosseur d'une orange, infiltrée, ulcérée, à base très large. Il existait également une pierre phosphatique pesant 65 gr. Le malade mourut de cachexie 3 mois et demi après; — *sarcome à cellules fusiformes*.

46. — DITTEL. — In Albarran.

Homme de 41 ans, qui présenta des hématuries et chez lequel on fit une taille hypogastrique. Il mourut d'infection, 21 jours après; — *sarcome*.

47. — IVERSEN. — In Albarran.

Homme de 75 ans, présentant des hématuries intermittentes et de la rétention. La tumeur était sessile et fut extirpée aux ciseaux; — *sarcome à cellules rondes*.

48. — GUYON. — In Albarran.

Petite fille présentant une tumeur siégeant sur le bas-fond de la vessie; pièce sans histoire, ayant un peu l'aspect d'un polype muqueux des fosses nasales; — *myxo-sarcome*.

49. — STIMSON. — 1878. In Wilder. Am. Journ. of med. sc. N. Y. et Phil., 1905.

Le malade est un homme âgé de 63 ans, qui, pendant 3 mois, présenta des phénomènes de cystite avec quelques hématuries. On ne pratiqua aucune intervention, et l'affection se termina par la mort. On trouva sur la face postérieure de la vessie, près du col, une tumeur que l'examen microscopique fit diagnostiquer *sarcome à cellules rondes*.

50. — MUSSER. — 1881, in Wilder. Am. Journ. med. of sc. Phil. N. Y., 1905.

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui eut pendant 5 ans des mictions fréquentes, avec plusieurs hématuries. Il ne subit au-

cune opération et mourut en 8 ans. Il présentait, à la base de la vessie, englobant les deux orifices urétéraux, une grosse tumeur à surface irrégulière, ulcérée par endroits et qui était un *sarcome à cellules rondes*.

51. — MORGAN. — 1885. In Wilder. Am. J. Med. sc. ph. N. Y. 1905.

Le malade est un petit garçon de 3 ans, qui a toujours eu de la difficulté à uriner, sans jamais d'hématurie. On pratiqua la cystostomie, et le malade mourut quelques jours après, de péritonite. On trouva une tumeur qui s'étendait du col vésical au voisinage des orifices urétéraux. Le col vésical était entouré par la tumeur.

Au microscope: *lympho-sarcome*.

52. — WEICHSELBAUM. — 1887. In Wilder. Am. J. méd. sc. phil. N. Y. 1905.

La malade est une femme de 36 ans, qui présentait, à l'autopsie, dans le bas-fond vésical, et autour de l'orifice de l'uretère gauche, une masse qui était un *sarcome à cellules géantes*.

53. — SKLIFOSOWSKI. — In Wilder. *ibid*.

Le malade est un homme de 28 ans, qui présentait des hématuries, des érections douloureuses, de l'incontinence d'urine. Ce malade était très anémié; sa vessie était douloureuse depuis 9 mois et demi.

On pratiqua sur lui la cystostomie sus-pubienne, et on trouva, entourant l'orifice de l'uretère gauche, une tumeur de la grosseur d'un poing d'homme, qui fut enlevée aux ciseaux et à la curette. Le malade mourut 3 mois plus tard. La tumeur était un *sarcome alvéolaire à cellules rondes*.

54. — ALBARRAN. — In Wilder, *ibid*.

Il s'agit d'un malade de 4 ans et demi, qui mourut après avoir présenté, pendant 2 mois, des phénomènes de cystite. Il avait dans le bas-fond vésical, autour du col, une tumeur qui était un *myxo-sarcome*.

55. — KÖNIG. — 1893, in Wilder., *ibid*.

Le malade est un homme chez lequel on fit une cystostomie; il présentait, au niveau du col vésical, une tumeur pédiculée,

de la grosseur d'un œuf de poule. C'était un *sarcome à cellules rondes*.

56. — STANKIEWICZ. — 1894. In Wilder., *ibid*.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui avait depuis 8 mois des attaques d'hématuries périodiques. On pratiqua une cystostomie sus-pubienne, et on trouva, sur la paroi postérieure de la vessie, une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, qui fut enlevée. Pas de récurrence 1 an après. Le microscope fit diagnostiquer un *sarcome fuso-cellulaire*.

57. — STEINMETZ. — 1894. In Wilder., *ibid*.

Il s'agit d'un petit garçon de 2 ans et demi, qui avait, depuis 3 semaines, des mictions fréquentes et douloureuses. Il ne subit aucune intervention, et mourut dans les 3 mois. Il présentait une tumeur de la grosseur d'une pomme, située à la base de la vessie.

Examen histologique: *Sarcome à cellules rondes et allongées*.

58. — LÖHR. — 1895. In Wilder., *ibid*.

La malade est une petite fille, âgée de 3 ans et demi, qui présentait, depuis 5 semaines, de la cystite, avec incontinence d'urine et hématuries. On pratiqua chez elle une cystostomie sus-pubienne. On trouva une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située sur la paroi postérieure de la vessie; cette tumeur, à l'examen histologique, fut diagnostiquée: *sarcome à cellules courtes*.

L'enfant fut très améliorée par l'intervention, mais il n'y a pas de renseignements ultérieurs.

59. — KROUSE. — 1898. In Wilder., *ibid*.

Le malade est un homme de 52 ans, qui présentait des hématuries depuis 6 ans. On pratiqua la cystostomie sus-pubienne, et on trouva, sur le côté droit du trigone, entourant le col, une tumeur sessile, irrégulière, haute de 1/2 millimètre. A l'examen histologique, on diagnostiqua: *sarcome alvéolaire à cellules rondes*.

La récurrence eut lieu au bout de peu de temps; le malade s'est suicidé.

60. — BUNCE. — 1900. In Wilder., *ibid*.

Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans, qui présentait des

phénomènes de rétention, datant de peu de jours. On pratiqua une cystostomie périnéale, et on trouva la presque totalité de la vessie envahie par une infiltration énorme.

Examen histologique: *sarcome à cellules rondes*.

La mort survint quelques mois plus tard.

61. — PAGET. — 1902. In Wilder., *ibid*.

Le malade est un homme de 42 ans, présentant, depuis 3 mois, des hématuries et une anémie assez prononcée. On pratiqua une cystostomie sus-pubienne, et on trouva, à la base de la vessie, une tumeur sessile, de la grosseur d'un œuf de poule, qu'on enleva à l'aide de la curette-forceps. La tumeur était un *sarcome*.

Le malade eut une récidive et subit une seconde opération dans la même année; 1 mois plus tard, il se trouvait encore à l'hôpital, en bon état. Le malade a été ensuite perdu de vue, et il n'y a pas d'histoire clinique plus longue.

62. — WILDER. — Am. J. méd. of sc. Phil. et N. Y. 1905.

Il s'agit d'un homme âgé de 48 ans, présentant depuis 5 ans des phénomènes de cystite. Première hématurie, il y a environ 1 an; depuis, a eu plusieurs hématuries, à intervalles irréguliers; se plaint, au moment de l'examen, de douleurs en urinant, et de mictions fréquentes. Urines purulentes et d'odeur fétide. Pas de résidu vésical.

On ouvre la vessie par une incision périnéale, et on trouve une tumeur sessile de la dimension d'une pièce d'argent, siégeant au fond et à gauche de la vessie près du col, de consistance molle et friable. Aucun calcul. Le malade mourut 6 semaines après.

Examen histologique: *sarcome à cellules rondes*, de dimensions moyennes.

63. — Id.

Malade âgé de 53 ans; bon état général. Aucun antécédent morbide dans sa famille. Chaudépisse il y a environ 17 ans, pas de syphilis. Les quatre dernières années, ce malade a eu des hématuries assez fréquentes.

Depuis un an mictions douloureuses et fréquentes (10 à 15 fois dans la journée, et plus souvent encore la nuit); urine des caillots de sang qui obstruent quelquefois son urèthre, lui cau-

sant une grande douleur. Il fut, pour cela, cathétérisé plusieurs fois.

Le malade a maigri depuis un an. L'urine est quelquefois claire, le plus souvent elle présente un dépôt formé de pus et de sang.

Examen cystoscopique: Vessie très dilatée. Au fond, et autour de l'embouchure de l'uretère gauche, s'étendant sur une étendue de 3 ou 4 pouces, on voit une masse large et irrégulière, en forme de chou-fleur. La tumeur est sessile.

Opération: Taille sus-pubienne et curettage de la tumeur.

Le malade quitte l'hôpital très amélioré, mais meurt quelques semaines plus tard, d'accidents urémiques.

Examen microscopique: *Fibro-sarcome*.

64. — Wilder. — Am. Jour. Méd. Sc. 1905.

Homme âgé de 62 ans, aucun antécédent vénérien. Première hématurie, il y a 6 mois, suivie bientôt de cystite. Depuis, plusieurs hématuries. Urine très souvent: 15 à 16 fois par nuit. — Mictions très douloureuses.

Pas de douleur à la pression de la région vésicale. Dit avoir maigri, ces temps derniers.

Prostate normale au toucher. La vessie paraît se vider complètement. L'introduction d'un catheter amène une grosse hématurie.

Urine 2.400 cc. en 24 heures; ses urines renferment un dépôt de pus et de sang.

Taille sus-pubienne. On trouve, occupant la partie latérale gauche de la vessie une tumeur de la grosseur d'une mandarine, non ulcérée, de couleur rosée. Elle fut enlevée assez aisément. Pas de calcul. Drainage permanent.

Le malade fut bien pendant 2 mois; 2 mois et demi après l'opération, les symptômes recommencent, et le malade baisse rapidement.

Examen microscopique: *Sarcome à cellules mixtes*.

65. — KLEIN. — Ann. des mal. des org. gén. ur. 1895, p. 836.

A la suite d'une blessure reçue au cours d'exercices gymnastiques, un jeune garçon eut une hématurie. Cet accident se répétant, la cystoscopie fut pratiquée et permit de reconnaître l'existence d'un néoplasme pédiculé, qui fut enlevé par la taille hypogastrique.

La tumeur était de la grosseur d'une noix, fixée à la paroi par un pédicule de 4 cm. de long. Il s'agissait d'un *sarcome*.

66. — ALBARRAN. — Annal. maladies des org. gén. urin. 1897, p. 796.

En juin 1894, un homme de 36 ans, vient consulter, avec signes de néoplasie vésicale, et hématuries. Au cystoscope, on constate, sur la paroi antéro-latérale droite de la vessie, près du col, l'existence d'une tumeur sessile, de 2 centimètres de diamètre, environ.

Le malade ne revient que deux mois plus tard, effrayé par de nouvelles hématuries. La cystoscopie montra alors que la tumeur avait doublé de volume, et était maintenant de la grosseur d'une noix.

Après une symphyséotomie, on pratiqua une large résection de la paroi antérieure de la vessie. Les suites opératoires furent normales et six mois après l'opération, le malade, revu, ne présentait pas de récurrence.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome fusco-cellulaire*.

67. — HOWARD-MARSH — in Phocas. Cong. franç. Chir. 1892.

La malade est une petite fille de deux ans, qui, il y a un an, eut des hématuries légères avec de la rétention d'urine. Au moment de l'examen, la tumeur lui sortait du vagin. Après ligature, cette tumeur fut excisée. Mais bientôt de nouvelles excroissances apparurent et la malade mourut 16 mois après l'intervention. La tumeur était un *myxo-sarcome*.

68. — GIRALDÈS. — Affections chirurgicales des enfants, 1869, in Phocas, Cong. franç. Chirur. 1892.

Fille de 2 ans, qui présentait une masse polypeuse sortant à travers l'urèthre. La tumeur fut sectionnée. Mort.

Nature de la tumeur: *Sarcome*.

69. — OWEN. — Med. T. and. G. 1885, in Phocas, ibid.

Enfant de 3 ans, chez lequel on fit une cystostomie pour une tumeur de la vessie. Mort.

Nature de la tumeur: *Sarcome*.

70. — THOMSON. — Trans. clin. Soc. Of. London, 1887, in Albarran.

La tumeur, qui s'était manifestée par des hématuries, était un *chondro-sarcome*. Le malade mourut 10 mois après, de récidives.

71. — REHN. — *Veh. d. Ges. f. ch.* 1895, in *Rafin. Soc. Urol.* 1905.

L'auteur cite un *sarcome* de la vessie, chez un homme de 49 ans. Un uretère fut sectionné, et réimplanté dans la plaie. Il y eut guérison opératoire et le malade fut perdu de vue.

72 à 79. — CZERNY. — In *Lobstein. Beitr. z. ch.* 1902, p. 150 in *Rafin. Soc. d'Urologie* 1905.

Czerny cite 8 cas de sarcome de la vessie, se décomposant ainsi :

- 1 sarcome alvéolaire;
- 1 sarcome papillaire télangiectasique;
- 2 sarcomes;
- 1 sarcome fusiforme;
- 3 angiosarcomes.

Les malades étaient des hommes : 6 de 50 à 60 ans et 2 de 30 à 40.

Un seul, guérit. Il s'agissait d'un homme de 32 ans qui avait eu une hématurie 3 ans auparavant. La tumeur, largement implantée, était grosse comme une châtaigne. L'opération eut lieu le 24 février 1889. Le 4 oct. 1901 on avait des nouvelles du malade : il se portait bien à la condition de se ménager et n'avait plus d'hématuries.

Les autres malades moururent après l'intervention chirurgicale, dans un délai de 4 jours, à 1 mois et demi, de péritonite, de néphrite suppurée, de pyonéphrose.

80. — PHOCAS. — *Cong. franç. Chir.* 1892.

La malade est une petite fille de 6 ans, chez laquelle on pratiqua, à la curette, l'extirpation d'une tumeur vésicale grosse comme un pois, presque pédiculée. Histologiquement : *myxosarcome*.

Mort 6 mois après, de récidive.

81. — HELFERICH. — In *Thèse Dibber*, 1897.

Femme de 36 ans, opérée un an avant pour tumeur du sein, chez laquelle on fit, pour un *sarcome de la vessie*, une taille hypogastrique, avec résection d'une partie du pubis. Les uretères

furent sectionnés, puis réimplantés. La vessie, presque en entier, fut reséquée. La malade mourut le cinquième jour.

82. — STANKIEWICZ. — Cong. int. de Rome, 1894, in Rafin. C. U., 1905.

Il s'agit d'un *sarcome à cellules fusiformes*, chez une femme de 35 ans. Par la taille hypogastrique, on enleva la tumeur, grosse comme une cerise, qui n'avait point encore dépassé la muqueuse. La malade fut revue 1 an après; la guérison se maintenait.

83. — CARLIER. — Soc. cent. de méd. du Nord. 1900, in Rafin C. U., 1905.

Le malade, un homme de 19 ans, présentait une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, rattachée au sommet de la vessie par un pédicule de la dimension du pouce. Cette tumeur fut enlevée par morcellement. C'était un *sarcome*. Le malade fut revu onze mois après, en bonne santé.

84. — BENEKE. — Wirchow Archiv. 161., 1900., p. 70, in Rafin.

L'auteur cite une *tumeur mixte* de la vessie comprenant du tissu osseux cartilagineux, musculaire, et du tissu sarcomateux, chez un homme de 72 ans. C'était une grosse tumeur pédiculée, qu'on enleva par la taille hypogastrique. Le malade mourut 8 semaines après, de récurrence. L'autopsie, limitée à la vessie, la montra contenant plusieurs tumeurs.

85. — BLANC. — Soc. An. et Phy. de Bordeaux, 1904, 27 juin.

L'auteur pratiqua une taille hypogastrique pour tumeur de la vessie. Il y avait, près de l'orifice urétéral, une tumeur nettement pédiculée, qui était un *myxo-sarcome*.

Suites opératoires normales. Guérison.

86. — ALESSANDRI. — Policlinico. Sezione Chirurgica, 1905.

Homme de 61 ans, qui présentait des hématuries. On lui fit une taille hypogastrique. Il y avait, au-dessus et à droite du trigone vésical, sur la paroi postéro-inférieure, une tumeur de la grandeur d'une châtaigne, de forme à peu près ronde, de consistance dure, élastique, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal et largement implantée. La tumeur fut enlevée, et le pédicule lié à la soie.

L'examen histologique révéla un *fibro-sarcome télangiectasique*, avec hyperplasie de la partie épithéliale qui le recouvrait.

Le malade guérit, mais mourut 5 mois après d'hémorragie urétrale, sans symptômes vésicaux.

87. — ALESSANDRI. — Policl. Sez. Chir. 1905, in Jungano. Ann. des Mal. d. or. g. u., 1907.

Jeune femme de 25 ans, tumeur petite, ovulaire, de la grandeur d'un haricot, très peu saillante dans la vessie, qui occupait la muqueuse et la sous-muqueuse, très nettement circonscrite, siégeant à la partie haute de la paroi postérieure.

Examen histologique: *Sarcome fuso-cellulaire mixte à cellules géantes*. De plus, dans ce cas, l'auteur a pu apercevoir l'origine des éléments sarcomateux dans les périthéliums vasculaires, d'où dénomination d'angio-périthélioma qu'il donna à sa tumeur.

88. — GEORGES EMERSON BREWER. — In Rafin, Cong. Urol. 1905.

Homme de 55 ans, chez lequel on fit une taille hypogastrique pour une tumeur infiltrée. L'opération ne fut que palliative.

Les suites opératoires furent normales, mais le malade mourut trois mois après.

Examen histologique: *Myxosarcome*.

89. — ALBIN LAMBOTTE et RAFIN. — In Rafin Cong. Urologie, 1905.

La malade est une femme de 64 ans, qui avait de légères hématuries. On sentait par le toucher vaginal une tumeur dure, arrondie et plus ou moins mobile dans le cul-de-sac vaginal droit. L'urine était claire et renfermait de temps en temps quelques petits caillots sanguins. Le diagnostic hésitait entre un calcul enclavé et un fibrome du ligament large. Laparotomie exploratrice. La tumeur occupait la moitié droite de la vessie jusqu'au bas-fond: l'uretère droit était englobé, à sa terminaison, dans la tumeur et s'était dilaté comme un intestin. Résection quasi totale de la vessie, après avoir placé des pinces hémostatiques sur les parties saines; la section emportait toute la moitié droite de la vessie jusqu'au col et le sommet de la vessie. L'uretère et le rein droit furent enlevés en même temps, parce que la suture de l'uretère ne paraissait pas praticable. Suture de la vessie en deux plans: la muqueuse au catgut, la musculaire à la soie fine. La

matrice fut fixée dans la brèche du ligament large, et le péritoine pelvien soigneusement suturé. Drainage vaginal de l'espace sous-péritonéal. Drainage sus-pubien du péritoine. Sonde à demeure pendant 48 heures, puis sondages pendant quelques jours.

L'examen histologique; fait par le Docteur Klyneu, d'Anvers, révéla un *sarcome à petites cellules*.

La vessie guérit par première intervention, et les suites opératoires furent normales.

La guérison se maintient un an après; la vessie peut garder 200 gr. L'urine est limpide et normale.

90. — HAMONIC. — Congrès d'Urologie, 1905.

La tumeur vésicale avait été diagnostiquée au cystoscope, épithélioma végétant, et était insérée sur la partie latérale gauche de la vessie. Cystectomie partielle, le segment vésical malade ayant été décollé et isolé. Suture partielle de la vessie, avec large drainage. Deux mois après, la cicatrisation était complète, mais il persistait des phénomènes de cystite. Quatre mois après, les hématuries reparurent. A la cystoscopie: la vessie était parsemée de petits noyaux de répullulation. Une nouvelle intervention fut jugée inutile. La malade ne tarda pas à succomber.

Histologiquement, la tumeur était constituée par du *sarcome embryonnaire*, en majeure partie, additionné d'éléments fibromateux et de zones de myome.

91 et 92. — ALBARRAN. — Cong. fr. Urologie, 1905.

L'auteur rapporte deux cas de sarcome de la vessie, par lui opérés.

Chez un premier malade, âgé de 61 ans, l'auteur fit une cystectomie partielle pour une tumeur que le microscope démontra être un *sarcome*. Ce malade n'a pas été suivi.

Chez le deuxième malade, une femme de 27 ans, M. Albarran pratiqua l'extirpation de l'utérus et d'une grande partie de la vessie pour enlever un *myosarcome* adhérent à l'utérus. La malade fut examinée au cystoscope un an après; elle était bien portante et sans trace de récidive.

93. — LUIGI CONCETTI. — Arch. des maladies des enfants, Paris 1900, n° 3.

G... Anita, âgée de 11 mois, présente depuis 8 jours environ

une tumeur des organes génitaux externes. Cette tumeur a été précédée depuis quelques semaines par des troubles urinaires variés: fréquence de mictions, faible quantité d'urine à chaque miction, douleurs. A la suite d'une crise de cystite plus intense, apparaît la tumeur entre les grandes lèvres, en haut. A ce moment, l'état général devient mauvais, la mobilité et l'agitation sont continuelles. La tumeur se présente sous la forme d'un petit rein lobulé, ardoisé, gonflant et déformant les grandes lèvres. La consistance est dure et élastique; il existe une ulcération en bas et à gauche.

Par le toucher rectal, la tumeur est bien sentie et suivie jusqu'au bas-fond de la vessie derrière l'arcade pubienne.

L'exploration vésicale avec la sonde ne donna jamais d'hématurie.

Une opération palliative fut pratiquée; la malade mourut 48 heures après, de péritonite. Il s'agissait d'une tumeur pédiculée et d'une infiltration de toute la vessie; les ganglions rétro-péritonéaux étaient hypertrophiés, mais ne présentaient pas de généralisation néoplasique.

L'examen histologique de la tumeur diagnostiqua un *sarcome à petites cellules rondes*.

94. — JUNGANO. — Ann. des mal. des org. génito-urinaires, 1907, p. 1451.

Le malade est un homme de 54 ans, entré à l'hôpital pour rétention d'urine intermittente et hématuries profuses depuis 48 heures.

Aucun passé génital, aucun traumatisme au périnée ni au bas-ventre.

Le début de la maladie remonte à une dizaine d'années environ; il se fit par une hématurie assez considérable, puis tout alla bien pendant 3 ans. Au bout de ces 3 ans, le malade fit une nouvelle hématurie, à caractère nettement terminal, qui, au dire du malade, avait été causée par des travaux très pénibles. Et pendant de longues années, le malade n'a plus été gêné du tout. Depuis 2 mois, les hématuries se sont répétées, plusieurs fois, peu abondantes et nettement terminales, Douleurs au bas-ventre, douleurs sourdes du côté des reins, en particulier du rein droit. Emission dans l'urine de petits caillots. Un médecin, consulté par le

malade, et soupçonnant un calcul, le sonda à l'aide d'un cathéter métallique. Il ne trouva pas de calcul, mais, au dire du malade, eut la sensation d'un corps étranger vésical, plutôt mou. Le lendemain de l'exploration, hématurie considérable qui se répéta plusieurs fois dans les 24 heures. Le jour après son admission à l'hôpital, pendant la première moitié de la journée, hématuries extrêmement abondantes; la seconde moitié fut marquée par des douleurs au bas-ventre, avec impossibilité d'uriner. Le malade est dans un état de profonde prostration, souffre, voudrait vider sa vessie, mais ne peut le faire. De temps en temps, il émet quelques gouttes de liquide franchement sanguinolent et quelques caillots.

On introduit une sonde béquille n° 24, il s'écoule du liquide sanguinolent; la sonde se bouche de temps en temps. Pendant 2 heures, on fait alternativement de l'aspiration et des lavages à l'eau boricuée. Malgré cela, la vessie reste distendue, l'hématurie continue. On décide de pratiquer une taille hypogastrique. A l'ouverture de la vessie et après l'avoir vidée des caillots qui la remplissaient, on trouve une large masse néoplasique en chou-fleur, occupant toute la région du trigone, masquant l'orifice urétéral droit, et remontant sur la paroi postérieure. Le réservoir vésical nettoyé, on dut se borner à une large cautérisation, après avoir prélevé un fragment à fin d'examen.

Examen histologique: Entre le chorion et la première couche musculaire: néoformation abondante, formée par des vaisseaux réunis en îlots. Ces îlots sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif très lâche par endroits. En d'autres endroits, les vaisseaux sont entourés par un véritable manchon d'éléments cellulaires. La plupart de ces éléments sont ronds; les autres sont fusiformes; les noyaux sont volumineux et riches en chromatine; le protoplasma, clair et peu abondant, se trouve réduit à une couche très mince autour du noyau.

Donc: *angio-sarcome globo-cellulaire.*

95. — HOGGE. — J. méd. Bruxelles, 1907, XII, p. 430.

Il s'agit d'un homme de 68 ans, prostatique depuis 8 ans, obligé de se sonder 3 ou 4 fois par jour, et chez lequel 2 hématuries graves nécessitèrent une intervention chirurgicale. Par une taille sus-pubienne, on extirpa une tumeur pédiculée, de con-

sistance molle, à surface dépolie, de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur était située sur la partie antéro-latérale droite de la vessie.

Malgré une grande perte de sang et le shock opératoire assez considérable qui suivit l'intervention, les suites opératoires furent régulières, et la guérison fut complète.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Firket, donna le résultat suivant: *sarcome à cellules fusiformes, à substance intercellulaire mucilagineuse.*

96. — LECÈNE et CHÉNÉ. — Bulletin de la Soc. An. de Paris, Janvier 1909.

Il s'agit d'un vieillard de l'hospice d'Ivry, âgé de 82 ans. Habituellement bien portant, au dire de la surveillante de la salle, il se plaint, un soir, de douleurs vagues dans le ventre. L'inspection de l'abdomen montre une tuméfaction médiane très saillante, prédominant dans la région hypogastrique et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Au palper, cette tuméfaction régulière donne une sensation de rénitence très nette et l'on a tout de suite l'impression d'une vessie distendue à l'extrême. Interrogé sur la régularité de ses mictions, le malade dit qu'il a beaucoup de peine à pisser et que ses urines coulent goutte à goutte.

Le cathétérisme, pratiqué aussitôt et très facilement, avec une sonde molle, amène environ 150 cc. d'une urine claire et d'apparence normale.

La tuméfaction hypogastrique n'étant pas modifiée, on fait une nouvelle tentative de cathétérisme avec une sonde rigide. Celle-ci n'amène pas d'urine. Une ponction sus-pubienne est alors pratiquée avec le fin trocart de l'appareil de Potain. Elle donne issue à un liquide rougeâtre, puis sanguinolent, et enfin constitué par du sang presque pur, sans amener de modifications dans le volume de la tuméfaction vésicale.

Une sonde métallique, introduite dans la vessie une heure après, donne 100 cc. d'urine claire. On pense alors que la vessie parésiée à la suite de l'excès de distension, ne peut plus se contracter pour expulser l'urine qu'elle renferme et l'on pratique une cystostomie.

Au moment où l'on pénètre dans la cavité vésicale, il s'échappe de celle-ci une grande quantité de caillots sanguins et de frag-

ments néoplasiques, en même temps que se produit une abondante hémorragie, laquelle s'arrête d'ailleurs assez vite. Le doigt introduit dans la vessie perçoit l'existence d'une cavité à parois dures et irrégulières.

A l'autopsie, pratiquée 8 jours après, on trouve un volumineux sarcome sous-péritonéal, développé aux dépens de la paroi postéro-supérieure de la vessie, et dans l'intérieur duquel se prolonge la cavité vésicale. La prostate est normale.

La sensation fournie par le palper de cette tumeur est exactement celle qu'elle donnait sur la malade à travers la paroi abdominale et qui rendait inévitable la confusion avec une rétention d'urine chez un sujet âgé, à mictions imparfaites, et présumé prostatique.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un *sarcome fuso-cellulaire* du pôle supérieur de la vessie; il existait dans ce sarcome à développement rapide des figures de cariokynèse extrêmement nombreuses.

97. — SOTTILE. — Acad. Roy. de Messine, 24 av. 1908, d'après *Gazetta delli Ospedali*, in *Soc. Chirurgie*. 1908, 2, p. 211.

M. Sottile rapporte le cas d'un enfant qui fut admis à l'hôpital pour des accidents de rétention d'urine et chez lequel, soupçonnant un calcul vésical, M. Caminiti Vinci fit la taille sus-pubienne qui permit d'enlever une tumeur ayant le volume d'une mandarine. L'enfant mourut le troisième jour. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *sarcome globo-cellulaire*.

98. — AUDRY. — *Gazette hebdomadaire* 1895.

Cet auteur rapporte le cas d'un homme de 48 ans, chez lequel on fit une taille hypogastrique pour une tumeur vésicale qui était un *fibro-sarcome calcifié*. Les suites opératoires furent excellentes et le malade guérit.

NOTA. — Les observations de Witheside et de Watkins qu'il nous a été impossible de retrouver semblent bien avoir trait à des sarcomes primitifs de la vessie. Nous en donnons plus loin les indications bibliographiques.

CONCLUSIONS

1° Le sarcome de la vessie **frappe** surtout les âges extrêmes de la vie.

a) l'enfance, et alors il atteint indifféremment les deux sexes :

b) et la vieillesse, et il s'observe dans ce cas plus souvent chez l'homme que chez la femme. On peut néanmoins l'observer à tous les âges.

2° Il peut siéger sur tous les points de la vessie. Sa localisation la plus fréquente est la paroi postérieure, dans le voisinage des orifices urétéraux. La tumeur est en **général** sessile, ou à large pédicule, et lobulée, avec ou sans incrustations calcaires. Les métastases sont **rare**s, sauf dans les cas très avancés. Les variétés histologiques les plus fréquentes sont le sarcome globo-cellulaire et le sarcome fuso-cellulaire.

3° Le symptôme le plus constant, mais non le plus précoce, est l'hématurie, qui manque assez souvent chez l'enfant. Elle peut être alors remplacée ou précédée par des symptômes de cystite, d'incontinence d'urine, ou assez souvent chez les fillettes et les femmes, par l'apparition de **la tumeur à la vulve**.

4° Si le diagnostic de tumeur vésicale ne présente pas de grandes difficultés, celui de la nature de la tumeur est plus délicat. On tiendra compte de l'âge du malade, chez l'enfant, il s'agit presque toujours de sarcome; de l'aspect cystoscopique de la tumeur, présentant une lobulation spéciale, assez semblable à celle des polypes du nez.

5° La terminaison est toujours fatale lorsque la tumeur est abandonnée à elle-même, l'évolution se faisant en moins de trois ans.

6° Le seul espoir de guérison consiste en une intervention aussi précoce et aussi large que possible. Cependant, il n'y a pas jusqu'ici de malade suffisamment suivi pour qu'on puisse affirmer la guérison.

Vu : le Président de thèse,

PIERRE DELBET.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Traité sur les Tumeurs de la Vessie, Paris 1895.

— — Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1897, p. 796.

— — Congrès français d'Urologie, 1905.

ALESSANDRI. — Policlinico. Sezione Chirurgica, 1905.

AUDRY. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1895, X I ii, page 595.

PARLING. — Illustr. M. New London, 1888-1889. i. p. 198.

BERNSTEIN. — Primäre Sarcome der Harnblase. Th. Königsberg, 1898.

BLANC. — Société anatomique et physiologique de Bordeaux, 1904. — 27 juin.

CHAFFEY. — Tr. Path. Soc. London, 1884-1885, XXXVI, p. 287.

CLADO. — Tumeurs de la vessie. Paris, 1895.

DIBBERN. — Ein Fall von primären Blasensarkom. Th. Greifswald, mars, 1897.

DITTRICH. — Prag. med. Wochenschr, 1889. XIV, p. 557.

EVE. — Tr. path. Soc. London, 1884-5, XXXVI, p. 284-7.

FROLICH. — Ein Case von Sarcom der Blase. Th. Greifswald, 1893.

GIRALDÈS. — Affections chirurgicales des enfants, 1869.

GUERSANT. — Gaz. des Hôpitaux, 1868, p. 28.

GUYON. — Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate, 1888.

HAMONIC. — Congrès d'Urologie, 1905.

HINTERSTOISSER. — Berlin. Klin. Wochenschr, 1890, p. 304.

HOGGE. — Journal médical de Bruxelles, 1907, XII, p. 430.

JUNGANO. — Ann. des mal. des org. gén. urin., Paris 1907, II. 1451.

KLEIN. — Wien. med. Wochenschr, 1895, XIV, p. 1182.

KROUSE, — Cincinn. Lancet, Clin. 1898, n. S. XI. 439.

- KUSTER. — Wolkmanns Sammlung. Klin. Vortr., 1886.
- LAFON. — Absence de symptômes et généralisation dans les tumeurs de la vessie. Th. Paris, 1898.
- LECÈNE ET CHÉNÉ. — Bulletins et Mémoires de la Soc. Anatomique de Paris, Janvier 1909.
- LOSTALOT. — Annales des maladies de l'enfance. Paris 1888.
- LOBSTEIN. — Beitrag z. K. Chi. 1902, p. 650.
- LUIGI-CONCETTI. — Ann. des mal. des enfants. Paris 1900, n° 3.
- NICOLICH. — Ann. des mal. d. org. gén. ur. 1890, p. 240.
- PARTEAU. — Th. Paris 1898.
- PHOCAS. — Congrès français de Chirurgie, 1892.
- POIRIER. — Anatomie.
- RAFIN. — Congrès français d'urologie, 1905.
- SOTTILL. — Acad. Roy. de Messine. 24 av. 1908, d'après Gazzetta delli Ospedali in Soc. Chirurgie, 1908-2, p. 24.
- SOUTHAM. — Médical cronicle, 1888, p. 177.
- SPERLING. — Zur Statist. der Primären Tumoren der Harnblase. Th. Berlin, 1883.
- STANKIEWICZ. — Cong. Int. de Rome, 1894.
- STEIN. — Study of the tumours of the bladder. N. Y. 1885.
- TESTUT. — Anatomie.
- TOURNEUX ET HERMANN. — Dict. Dechambre. Vessie. 1889, p. 212.
- WATKINS. — South African M. Rec. Cape-Town, 1907, V. 118.
- WILDER. — Americ-journal. Méd. of. Sci. Philadelphie et New-York. 1905 ns. CXXIX, p. 63.
- WITHESSIDE. — Amer. Journ. Urol. N.-York. 1907 III p. 261.

